To

HENRY CAYLEY, M.D.,

Late Surgeon Superintendent,

Calcutta Eye Infirmary,

PROFESSOR OF OPHTHALMIC SURGERY, MEDICAL COLLEGE,

AND SUPERINTENDENT MAYO NATIVE HOSPITALS,

&c., &c., &c.,

THIS WORK

IS, RESPECTFULLY

dedicated,

in admiration of his high character

and professional attainments,

and

in grateful acknowledgment of acts of kindness

to his obedient servant,

KRISHNA HARI BHATTACHARYA.

PREFACE

TO THE

SECOND EDITION.

THIS second edition, so far as diseases of the eye are concerned, has been carefully revised and new matter has been added to it from the latest editions of Gowers, Jular, Macnamara and Hartridge, De Scheenitz, Nettleship, Lawson, Swanzy and Higgens. Many articles have been completely rewritten, and several new ones given; and hence the bulk of the book has been considerably increased.

My efforts have been directed towards producing a work in Bengali from which students may learn the diagnosis, pathology and treatment of diseases of the eye, and to which busy practitioners, instead of going over all the above costly original works, may readily refer for definite information. This work has been my guide in my own practice and I hope, with the improvements made in it, it will prove very useful to my fellow practitioners An Index in English is added for ready reference.

1[illegible]5/1, Maniktolah Street,
Calcutta.

KRISHNA HARI BHATTACHARYA.

PREFACE TO THE FIRST EDITION.

THIS treatise on eye diseases has been compiled from the recent celebrated works of Macnamara, Lawson, Wells, Walton, Wolf, Carter and other eminent writers on the subject. I have also consulted Braithwaite's Retrospect of Medicine, the Practitioner, the Lancet and the Ophthalmic Review, and embodied in my work, the system of treatment adopted by Drs. Cayley, Jones, Owen and Sanders in the Calcutta Eye Infirmary.

In this work, I have given (1) a description of the human eye, including its anatomy and physiology; (2) a detailed account of the pathology, causes and symptoms of diseases and their treatment, together with more than one hundred prescriptions, (3) the methods of examining the eye by means of the ophthalmoscope, both in its healthy and diseased conditions and of performing surgical eye-operations with illustrations, and (4) rules for the selection of spectacles for young and old persons. At the end of the book will be found an index containing a synopsis of symptoms, treatment and prognosis of almost all eye-diseases, a reference to which will enable a practitioner, after he has observed the external symptoms and obtained the history of the malady from his patient, to arrive at a correct diagnosis.

The book is intended for Bengali class physicians, Kabirajes medical students, amateur homeopaths, and lay practitioners. I have, therefore, tried my best to make the language simple and clear, and adopted various means to elucidate the subject; but as our language is deficient in medical terms, I have, except in a few cases, transliterated Latin terms into Bengali.

KRISHNA HARI BHATTACHARYA.

সূচীপত্র।

প্রথম অধ্যায়।

পৃষ্ঠা।

উপক্রমণিকা—চক্ষুর শরীরসংস্থান ও শরীরতত্ত্ব অর্থাৎ এনাটমী ও ফিজিওলজি—চক্ষুর দর্শনোপযোগিতা ও আলোকোপযোগিতা অর্থাৎ এ্যাকমোডেশন এবং রিফ্রাক্শন—ইটিওলজী অর্থাৎ জ্বরাদি অপরাপর সমস্ত শারীরিক রোগের সহিত চক্ষুর রোগের সম্বন্ধ—কিরূপে চক্ষু বাহ্যতঃ পরীক্ষা করিতে হয়—অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র—অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা চক্ষু পরীক্ষাপ্রণালী—সুস্থ চক্ষুগর্ভের আকৃতি জ্ঞান—সুস্থ অপ্টিক ডিস্ক—সুস্থ রেটিনা—সুস্থ কোরইড—চক্ষুর বিভাগ ... ... ১—৩৯

দ্বিতীয় অধ্যায়।

কঞ্জংটাইভার রোগ।

এনাটমী—কঞ্জংটিভাইটিস—ক্যাটারাল—ক্রণিক—পিউরিউলেণ্ট—গণোরিয়াল—নবপ্রসূত শিশুদিগের—ডিফ্থারিটিক—গ্রানিউলার—টিউবার্কিউলার—পশ্চিউলার—ফ্লিক্টিনিউলার—একজান্থিমেটস—বসন্তরোগজ—জারফ্থ্যাল্মিয়া—পেম্ফিগস—ল্যাক্রিম্যাল কঞ্জংটিভাইটিস—হেরিজিয়ম—সিম্ব্ল্যাফেরন—ঔষধজনিত কঞ্জংটিভাইটিস—কঞ্জংটাইভার বৃদ্ধি—কঞ্জংটাইভা চোপসান—কঞ্জংটাইভার লোলতা—আঘাতাদি দুর্ঘটনা—রাসায়নিক পদার্থ—দগ্ধাঘাত—ইকাইমোসিস—কিমোসিস—ইম্ফিসিমা—ক্যারঙ্কিউলা ল্যাক্রিমেলিস—টিউমার ও গ্রানিউলোমেটা—বসার্ব্বুদ—ডার্ময়েড—আঁচিল—সিষ্টস ও নিভস—ক্যান্সার—ইপিথিলিওমা—এপিজোয়া—ক্যারঙ্কলের পীড়া ... . ৪০—১০২

তৃতীয় অধ্যায়।

কর্ণিয়ার রোগ।

এনাটমী—প্যানস—কেরাটাইটিস—সিফিলিটিক—ষ্ট্রমস—পংটেটা—ফ্লিক্টিনিউলার—ভেসিকিউলার—মার্জিনাল—রিউম্যাটিক—সপিউরেটিভ নিউরোপ্যারালিটিক—কর্ণিও-আইরাইটিস—ক্ষত—ফিস্চুলা—হার্নিয়া—অস্বচ্ছতা—ষ্টাফিলোমা—কৃত্রিম চক্ষু—কনিক্যাল কর্ণিয়া—আর্কস সিনাইলিস—আঘাতাদি দুর্ঘটনা—টিউমার—কুষ্টরোগ ... ... ১০৩—১৬১

চতুর্থ অধ্যায়।

স্কেবটিকের রোগ।

এনাটমী—ইপিস্কেরাইটিস—সিলিয়ারি ষ্ট্যাফিলোমা—আঘাতাদি দুর্ঘটনা—টিউমার ... ... ১৬২—১৬৮

পঞ্চম অধ্যায়।

আইরিস ও সিলিয়ারি বডির রোগ।

এনাটমী ও প্যাথলজী—হাইপারীমিয়া—আইরাইটিস—প্ল্যাষ্টিক, সিরস, প্যারাঙ্কাইমেটস, সিফিলিটিক, রিউম্যাটিক, গণোরিয়াল, স্পঞ্জিয়া, ট্র্যা-টিক, টিউবার্কিউলার, গ্রানিউলার, গাউটি, ইডিওপ্যাথিক,—আইরিসের কার্য্যবিশৃঙ্খলা—মাইড্রিয়েসিস—মাইওসিস—হিপ্যস—কম্পিত আইরিস—কুষ্ঠরোগ—টিউমার—আঘাতাদি দুর্ঘটনা—কোরিডায়েলাইসিস—প্রোল্যাপ্স—জন্মজাত দোষ—সিক্লাইটিস—আইরিডো কোরইডাইটিস—কোরইডো-আইরাইটিস—সিম্প্যাথেটিক অপ্থ্যাল্মিয়া—আইরিডেক্টমী—য়্যান্টেরিয়ার চেম্বারে রোগ ... . ১৬৯—২২০

ষষ্ঠ অধ্যায়।

ল্যাক্রিম্যাল প্যাসেজের রোগ।

এনাটমী ও ফিজিওলজি—অবষ্ট্রকশন—পংটার স্থানান্তরতা—ড্যাক্রিওসিষ্টাইটিস—রেনোরিয়া—ষ্ট্রিক্চার—ফিশ্চুলা—পলিপস—অশ্রুনিঃসরণের অভাব—ড্যাক্রিও-য়্যাডিনাইটিস—গ্ল্যাণ্ডের বৃদ্ধি—ড্যাক্রিয়প্স—গ্ল্যাণ্ডের ফিশ্চুলা—ক্যান্সার ও টিউমার—গ্ল্যাণ্ড নিষ্কাশন .. ... ২২১—২৪১

সপ্তম অধ্যায়।

অক্ষিপুটের রোগ।

এনাটমী ও ফিজিওলজি—পুটস্ফীতি—বায়ুস্ফীতি—ইরিথিমা—হাইপারীমিয়া—পুটপ্রদাহ ও স্ফোটক—ইরিসিপিলাস—উপদংশজ ক্ষত—হার্পিজ জষ্টার—টীনিয়া টার্সাই—ম্যাক্রিসিলিয়েরিজ—পেডিকিউলি বা লাইস—এফিড্রোসিস ও ক্রমহাইড্রোসিস—জ্যান্থিল্যাজমা—হর্ডিওলম বা ষ্টাই—টিউমার—ইপিথিলিয়াল ক্যান্সার—ইপিক্যান্থস—একৃজিমা—পক্ষাঘাত ও আক্ষেপ—টোসিস—ল্যাগফ্থ্যাল্মস—ব্লেফারস্প্যাজ্মস—নিক্টিটেশন—ট্রাইকিয়েসিস ও ডিস্টীচিয়েসিস—এন্ট্রোপিয়ন—একট্রোপিয়ন—আঘাতাদি দুর্ঘটনা—য়্যাঙ্কাইলোব্লেফেরণ—সিম্ব্লেফেরণ—কলোবোমা। ... ২৪২—২৭৫

অষ্টম অধ্যায়।

লেন্সের রোগ।

পৃষ্ঠা।

এনাটমী ও হিষ্টোলজি—ক্যাটারাক্ট—ক্যাটপ্টিক টেষ্ট বা ছায়ামূর্ত্তি—ছানি তুলিবার অস্ত্রসাধন—অস্ত্রের পরবর্ত্তী চিকিৎসা—লেন্সের স্থানান্তরতা ... ২৭৬—৩২৫

নবম অধ্যায়।

কোরইডের রোগ।

এনাটমী—কোরইডের রক্তাধিক্য—কোরইডাইটিস—প্যানফ্থ্যাল্মাইটিস—সিরস কোরইডাইটিস—পোষ্টেরিয়র ষ্ট্যাফিলোমা—ইপিথিলিয়মের অভাব—টিউবার্কল—রক্তস্রাব—স্ক্লেরটিক হইতে কোরইডের বিশ্লেষণ—ফাটন ও ছিন্নভিন্ন হওন—কলোবোমা—অস্থিনকর—টিউমার—সার্কোমা—ক্যান্সার ... ৩২৬—৩৪২

দশম অধ্যায়।

ভিট্রিয়স হিউমারের রোগ।

এনাটমী—হায়েলাইটিস—মিউসি-ভলিট্যান্টিস—ওপাসিটিজ—তরলতা—সিঙ্কাইসিস—সিণ্টিলান্স—রক্তস্রাব .. .. ৩৪২—৩৪৯

একাদশ অধ্যায়।

গ্লকোমা ... ... ৩৫০—৩৬১

দ্বাদশ অধ্যায়।

রেটিনার রোগ।

এনাটমী—ফিজিওলজি—হাইপারীমিয়া—ইচিমিয়া—রেটিনাইটীস—পেরিমিটার ও দৃষ্টিক্ষেত্র—রেটিনাইটিস য়্যাল্বুমিনিউরিয়া—রেটিনাইটিস সিফিলিটিকা—য়্যাপোপ্লেক্টিকা—পিগ্মেন্টোসা—রেটিনার বিশ্লেষণ—কৈন্দ্রিক আর্টারির এম্বোলিজম—রেটিনার হাইপারিস্থিসিয়া—রেটিনার য়্যাট্রোফি—টিউমার—গ্ল্যাওমা—সিষ্টস ... ... ৩৬২—৩৮৩

ত্রয়োদশ অধ্যায়।

অপ্টিক নার্ভের রোগ।

এনাটমী—অপ্টিক নিউরাইটিস—নিউরো-রেটিনাইটিস—প্যাপিলাইটিস—অপ্টিক নার্ভের য়্যাট্রোফি—ডিস্কের রক্তশিরার রক্তসংঘাত—কৈশিক শিরা সকলের রক্তাধিক্য—ইডিমা—অপ্টিক নার্ভের য়্যাপোপ্লেক্সি—অন্যান্য রোগাদি—অনচ্ছ অপ্টিক নার্ভকোষ ... . ৩৮৪—৩৯৩

চতুর্দ্দশ অধ্যায়।

রেটিনা ও অপ্টিক নার্ভের কার্য্যবিশৃঙ্খলা।

নিশান্ধতা—দিবান্ধতা—বরফজনিত অন্ধতা—তাড়িতান্ধতা—বর্ণান্ধতা—সমার্দ্ধদৃষ্টি—স্কটোমা—মাইক্রপ্সিয়া—মেগালপ্সিয়া—মেটামর্ফপ্সিয়া—ফটপ্সিয়া—ক্রোমাটপ্সিয়া—ইরিথ্রপ্সিয়া—য়্যামোরোসিস—ও য়্যাম্লিওপিয়া—অন্ধ প্রতারণা ... ... ৩৯৪—৪০৭

পঞ্চদশ অধ্যায়।

আলোক ও দর্শনোপযোগিতার বিশৃঙ্খলা।

রিফ্র্যাক্শন—য়্যাকমোডেশন—রেটিনস্কোপি—মাইওপিয়া—হাইপারমিট্রোপিয়া—প্রেসবায়োপিয়া—পুনর্দ্দৃষ্টি—বৃদ্ধ বয়সে নিকট দৃষ্টি—য়্যাষ্টিগম্যাটিজম—এনিসোমিট্রোপিয়া—য়্যাফেকিয়া—য়্যাস্থিনোপিয়া—দর্শনোপযোগিতার পক্ষাঘাত, থৈচন ও বলহানি। য়্যাপেরেণ্ট মাইওপিয়া .. ৪০৭—৪২২

ষোড়শ অধ্যায়।

পেশীসমূহের রোগ।

ডিপ্লোপিয়া—পেশীর পক্ষাঘাত—ষ্ট্রাবিসমস—টিনোটমী অস্ত্রসাধন—নিষ্ট্যাগমস ৪২৩—৪৩০

সপ্তদশ অধ্যায়।

অক্ষিকোটরের রোগ।

অক্ষিগোলকের বহিঃসরণ—স্ফোটক ও সেলুলাইটিস—পেরিয়ষ্টাইটিস—কেরিজ, নিক্রোসিসও ফিশ্চুলা—টিনোনাইটিস—এক্সপ্থ্যাল্মিক গয়েটার—টিউমার—ক্যান্সার—য়্যানিউরিজম—রক্তোৎপ্রবেশন—ইম্ফিসিমা—ইডিমা—ক্যাভার্নস সাইনসের থ্রম্বোসিস—নিকটবর্ত্তী গহ্বরাদি হইতে অক্ষিকোটরে চাপ—আঘাতাদি দৈবঘটনা—অক্ষিগোলক নিষ্কাশন .. ৪৩১—৪৪৫

অষ্টাদশ অধ্যায়।

ব্যবস্থাবলি ... . ৪৪৬—৪৭৩

পরিশিষ্ট—সংক্ষিপ্ত চক্ষুচিকিৎসা. . .. ... ৪৭৪—৪৯৫

ইংরেজি সূচীপত্র বা ইনডেক্স .. . .. ৪৯৬—[illegible]

চক্ষুচিকিৎসা।

প্রথম অধ্যায়।

উপক্রমণিকা।

চক্ষুর শরীরসংস্থান ও শরীরতত্ত্ব। (ANATOMY.)

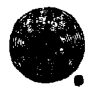
চক্ষুর আকার প্রায় গোল; এজন্য উহাকে অক্ষিগোলক কহে। এই গোলকের অধিকাংশভাগ অক্ষিকোটরে প্রবিষ্ট থাকায়, আমরা সচরাচর কেবল চক্ষুর সম্মুখের কিয়দংশ মাত্র অবলোকন করিতে সমর্থ হইয়া থাকি। চিত্রকর, চক্ষুর এই সম্মুখাংশ চিত্রিত করিয়াই আপন চিত্রনৈপুণ্য প্রকাশ করে; এবং চক্ষুর এই অংশ দেখিয়াই, আমরা জীবের কমনীয়তা, সরলতা, বুদ্ধিমত্তা, চতুরতা ও বিশ্বাসঘাতকতা প্রভৃতি বুঝিতে পারি। এই অংশই শোক, দুঃখ, ভয় ও হাস্যাদি মনোভাব প্রকাশ করে। বাস্তবিক, চক্ষু দ্বারাই জীবদেহের অন্যান্য অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ ও ইন্দ্রিয়াদি স্ফূর্ত্তি পায়।

চক্ষু কত বড়, তাহা আমরা আপন আপন চক্ষু স্পর্শ করিয়া অনুমান করিতে পারি। উহা, বালকদিগের খেলিবার মার্ব্বল অথবা কপোত ডিম্বের ন্যায় গোলাকার পদার্থ, এবং ক্যাপ্‌সিউল অব টিনন নামক একটী সূত্রময় কোষাভ্যন্তরে নিহিত ও বসা প্রভৃতি পদার্থে পরিবেষ্টিত এবং কতিপয় পেশী দ্বারা আবদ্ধ থাকিয়া, অক্ষিকোটরে অবস্থিত। উহার সম্মুখদিকের কিয়দংশ অনাবৃত থাকায়, তথায় দুইটী পাতা এরূপ সুন্দরভাবে সংযুক্ত আছে, যে, প্রয়োজনমতে তদ্দ্বারা চক্ষু আবৃত থাকিতে পারে।

অক্ষিগোলক তিনটী স্তর দ্বারা গর্ভস্থ পদার্থ সকলকে আবৃত ও অবরুদ্ধ রাখে। তন্মধ্যে ডিম্বের খোলার ন্যায় যেটী বহিঃস্থ, এবং সম্মুখদিকে যাহার কিয়দংশ মাত্র আমরা সর্ব্বদা দেখিতে পাই ও যাহাকে শ্বেতক্ষেত্র বলিয়া উল্লেখ করি, তাহা ইংরেজীতে স্ক্লেরটিক শব্দে অভিহিত হয়। উহা পুরু পার্চমেণ্ট কাগজের ন্যায় ঘন, অস্বচ্ছ এবং দুর্ভেদ্য। কিন্তু, চক্ষুর সম্মুখস্থ সমস্ত অংশ

এই স্ক্লেরটিকের দ্বারা পরিবেষ্টিত নহে। এই সম্মুখাংশের মধ্যস্থল স্বচ্ছাকারে **কর্ণিয়া** নামে খ্যাত, এবং সুব্যক্ত একটী দু-আনির আয়তনে ঘড়ির কাচের ন্যায় উপুড়ভাবে বসান। সম্মুখ হইতে দেখিলে, ঘড়ির কাচ যেমন সহসা দেখা যায় না, উহাকে তন্নিম্নবর্ত্তী ডায়েল বলিয়া ভ্রম হয়, এবং ঘড়িটীকে কাত করিয়া ধরিলেই, যেমন ঐ কাচ দেখা যায়, তদ্রূপ সম্মুখ হইতে দেখিলে, কর্ণিয়াকে অদূরপশ্চাদ্বর্ত্তী কটা অথবা কাল বর্ণের আইরিস বলিয়া ভ্রম হয়। কিন্তু, পার্শ্ব হইতে অর্থাৎ কর্ণের নিকটে দাঁড়াইয়া দেখিলেই, উহার পূর্ব্বোক্ত কাচস্বচ্ছ অবয়ব উপলব্ধি হইয়া থাকে। উহাতে স্নায়ু ভিন্ন রক্তশিরাদি কিছুই থাকে না।

দ্বিতীয় এবং স্ক্লেরটিকের অব্যবহিত অভ্যন্তরস্থ স্তরের নাম **কোরইড।** উহা চক্ষুর গর্ভদিকে স্ক্লেরটিকের সর্ব্বগাত্রে লগ্ন, এবং কৃষ্ণবর্ণদ্ পদার্থে পরিপোষিত। উহাতে বহুল স্নায়ু ও রক্তশিরাদি থাকায়, উহা দ্বারা ভিট্রিয়স ও লেন্স পরিপোষিত হইয়া থাকে। যাহাহউক, চক্ষু ছেদন



না করিলে, আমরা এই অংশব দেখিতে পাই না। তবে, কাল, কটা, নীল অথবা সবুজ বর্ণের যে ক্ষুদ্র চক্রাকার স্থান আমরা সর্ব্বদা সম্মুখ হইতে দেখিতে পাই, তাহাকে **আইরিস** কহে (উপরিস্থ চিত্র দেখ)। আইরিস কোরইডের স্থানভেদ মাত্র। তবে এতদুভয়ের মধ্যে **সিলিয়ারি বডি** থাকে বলিয়া, আইরিসকে কোরইড ও সিলিয়ারি বডির অগ্রভাগ বলিলেও বলা যায়। প্রকৃতপক্ষে এই তিনটী বিধানই এক এবং ইউভিয়াল ট্রাক্ট নামে খ্যাত। আইরিসে সূত্র, স্নায়ু, রক্তশিরা ও বর্ণকোষাদি সমস্তই আছে। আইরিসের ঠিক মধ্যস্থলে, মসুরের ডাইলের আয়তনে, কূপের ন্যায় অন্ধকারময়, যে গোলাকার ছিদ্রস্থান দেখিতে পাওয়া যায়, এবং দর্পণবৎ যথায় দর্শকের মুখমণ্ডলের প্রতিবিম্ব পড়ে, সেই ছিদ্রের নাম চক্ষুর তারা বা কনীনিকা। ইংরেজীতে উহাকে **পিউপিল** কহে। তারা অন্ধকারে প্রসারিত এবং আলোকস্পর্শে সঙ্কুচিত হইয়া থাকে। কর্ণিয়া ও স্ক্লেরটিকের সন্ধিস্থানে, সিলিয়ারি পেশী, আইরিসের পশ্চাতে সিলিয়ারি প্রোসেস, এবং সিলিয়ারি প্রোসেসের প্রান্ত সিলিয়ারি বডি নামে খ্যাত। চক্ষুর এই সিলিয়ারি অঙ্গ কর্ণিয়ার চতুষ্পার্শ্ববর্ত্তী স্ক্লেরটিকেরও পশ্চাদ্বর্ত্তী।

তৃতীয় আবরণ স্তরের নাম **রেটিনা।** উহা চক্ষুগর্ভের তলদেশে আবার

উক্ত কোরইডের গাত্রে লগ্ন আছে। দৃষ্টিসম্বন্ধে এই স্নায়ুনির্ম্মিত অবয়বই চক্ষুর প্রধান অঙ্গ বলিতে হইবেক। মস্তিষ্ক হইতে **অপ্টিক নার্ভ** (দর্শন স্নায়ু) স্ক্লেরটিক ও কোরইড ভেদ করিয়া, এই অবয়বেই মাকড়শার ঘন জালের ন্যায় শাখা-প্রশাখায় ব্যাপ্ত থাকে, এবং চক্ষুর সহিত মস্তিষ্কের সংযোগ রাখে। দর্শনস্নায়ু চক্ষুগর্ভে রেটিনার যে স্থানে প্রবিষ্ট হইয়াছে, রেটিনার সেই গোলাকার গোলাপী বর্ণ অল্প টোলখাওয়া স্থানের নাম **অপ্টিক ডিস্ক**। দর্শন স্নায়ু যে ছিদ্র দিয়া চক্ষুর অভ্যন্তরে প্রবিষ্ট হয়, তাহাকে স্নায়ুপথ বলে। এই স্নায়ুপথের চতুর্দ্দিকেই **অপ্টিক ডিস্ক** বা অপ্টিক প্যাপিয়া। ডিস্কের কিঞ্চিৎ নাসিকা-দিকে আর একটী টোল খাওয়া পীতবর্ণ স্থান আছে, তাহাকে **ম্যাকিউলা লুটিয়া** বা পীত-চিহ্ন বলে। দৃশ্যবস্তু অথবা আলোক রেটিনার এই স্থানেই প্রতিবিম্বিত হইলে দৃষ্টিজ্ঞান জন্মে।

যাহাহউক, অক্ষিগোলকের এই আবরণত্রয় শূন্যগর্ভ নহে। উহাতে জলবৎ ও অণ্ডলালবৎ স্বচ্ছ ও তরল দুইটী পদার্থ এত পরিপূর্ণ আছে, যে, তাহাতে স্ক্লেরটিক প্রভৃতি চক্ষুর আবরণ বিলক্ষণ গোলভাবে বিতানিত অর্থাৎ আঁটাল-সাঁটাল থাকে। এই বিতানে চক্ষু অঙ্গুলি দ্বারা টিপিলে নরম বোধ হয়, অথচ তৎস্থান টোল খাইয়াও যায় না এবং চক্ষু প্রস্তরবৎ কঠিনস্পর্শ বলিয়াও বোধ হয় না। এই দুই তরল পদার্থের মধ্যে জলবৎ পদার্থের নাম **য়্যাকিউয়স হিউমার**, এবং অণ্ডলালবৎ পদার্থের নাম **ভিট্রিয়স হিউমার।** ভিট্রিয়স পাতলা মেম্ব্রেণ নির্ম্মিত হায়েলইড নামক একটী থলির মধ্যে অবরুদ্ধ থাকিয়া, চক্ষুর গর্ভস্থ সমস্ত তলদেশে উক্ত রেটিনার উপর অবস্থান করে। এদিকে, চক্ষুগর্ভের সম্মুখদেশ য়্যাকিউয়স নামক জলবৎ পদার্থে পরিপূর্ণ। তবে, এই য়্যাকিউয়স ও ভিট্রিয়সের মধ্যবর্ত্তীস্থানে, বেলোয়ারের ন্যায় স্বচ্ছ, এবং কচি তাল-শাঁসের ন্যায় কোমল ও কুলের আঁটির ন্যায় যে একটী ক্ষুদ্র উভয়ব্যুব্জ পদার্থ তাহার ঠিক পশ্চাতে আইরিসকে স্পর্শ করিয়া আছে, তাহাকে **লেন্স** অর্থাৎ মণি কহে। এই লেন্স **সস্পেন্সারি লিগামেণ্ট** (জনুলা অব জিন) নামক সূত্র দ্বারা চক্ষুগর্ভে আবদ্ধ থাকে। যাহাহউক, লেন্স হইতে আইরিস পর্য্যন্ত স্থানের নাম **পোষ্টেরিয়র চেম্বার**, এবং আইরিস হইতে কর্ণিয়া পর্য্যন্ত স্থানের নাম **য়্যাণ্টেরিয়র চেম্বার।** এই উভয় চেম্বারেই য়্যাকিউয়স পরিপূর্ণ আছে, এবং তাহা তাহার পথ দিয়া পরস্পর মিলিত থাকে।

অক্ষিগোলক অক্ষিকোটরে ক্যাপসিউল অব টিনন নামক সূত্রময় কোষের মধ্যে নিহিত ও সরল ও তির্য্যক পেশীসকল দ্বারা অক্ষিকোটরে আবদ্ধ থাকায়, আমরা উহাকে সম্ভবতঃ ইতস্ততঃ ফিরাইয়া সম্মুখস্থ সমস্ত পদার্থ দর্শন করিতে সমর্থ হই। এই সঞ্চালন——

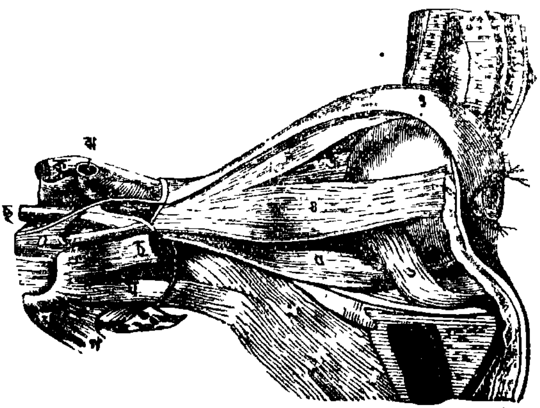
উর্দ্ধদিকে ... সুপেরিয়ার রেক্টস ও ইনফেরিয়ার ওবলিকি,

অধোদিকে ... ইনফেরিয়ার রেক্টস ও সুপেরিয়ার ওবলিকি,

নাসিকাদিকে .. ইন্টার্ণেল রেক্টস, এবং

কর্ণদিকে ... একষ্টার্ণেল রেক্টস পেশী দ্বারা সম্পাদিত হয়।

চারিদিকে চারি কোণে চক্ষু উভয়পার্শ্ববর্ত্তী পেশী দ্বারা পরিচালিত হয়। রেক্টস অর্থাৎ সরল পেশী চতুষ্টয় কোটরাভ্যন্তরে আসিবার এবং ওবলিকি অর্থাৎ তির্য্যক পেশীদ্বয় চক্ষুকে কোটর হইতে বহির্গত হইবার শক্তি প্রদান করে। চক্ষু কোনদিকে আকৃষ্ট হইলে, তদ্বিরুদ্ধ পেশী সকল তৎসময়ে ক্ষীণ-বল হইয়া পড়ে। অপিচ, লিভেটর পেশী দ্বারা চক্ষুর পাতা উন্মিলিত করা যায়, এবং অর্বিকিউলেরিজ পেশী দ্বারা পাতা মুদিত হইয়া থাকে। নিম্নে চক্ষুর একটী পেশীচিত্র দেওয়া গেল।



এই চিত্রে, ১। লিভেটর প্যাল্পিব্রি। ২। সুপেরিয়ার রেক্টস। ৩। ইণ্টার্ণেল রেক্টস। ৪। একষ্টার্ণেল রেক্টস। ৫। ইনফেরিয়ার রেক্টস। ৬। ইনফেরিয়ার ওব্লিকি। ক অপ্টিক নার্ভ। খ। গ্যাসার্স গ্যাংলিয়ন। গ। ইনফেরিয়ার ম্যাগ্জিলারি নার্ভ। ঘ। সুপেরিয়ার ম্যাগ্জিলারি নার্ভ। চ। অফথ্যাল্মিক শাখা। ছ। তৃতীয় স্নায়ু। জ। ষষ্ঠ স্নায়ু। ঝ। ক্যারোটিড আর্টারি।

সুপেরিয়ার, ইন্‌ফেরিয়ার ও ইণ্টার্নেল রেক্টস, ইন্‌ফেরিয়ার ওব্‌লিকি, সুপেরিয়ার লিভেটার, কন্‌ষ্ট্রিক্টর পিউপিলি ও সিলিয়ারি এই সাতটী পেশী তৃতীয় স্নায়ু দ্বারা পরিপোষিত। ৪র্থ স্নায়ু কেবল সুপেরিয়ার ওব্‌লিকি পেশীকে, এবং ৬ষ্ঠ স্নায়ু কেবল এক্‌ষ্টার্নেল রেক্টস পেশীকে পরিপোষণ করে।

চক্ষুর যে অংশ বাহিরে থাকে, তাহার উপর দুই খানি যে আবরণ আছে, তাহাকে আমরা অক্ষিপুট বা চক্ষুর পাতা কহিয়া থাকি। এতদ্দ্বারা চক্ষুর এই বহিঃস্থ অংশের রক্ষণাবেক্ষণ হয়। পাতার ধারে ধারে যে চুল থাকে, তাহাকে পক্ষ্ম কহে। পক্ষ্ম থাকায় ধূলি, কীট প্রভৃতি পদার্থ চক্ষুতে সহসা প্রবিষ্ট হইতে পাবে না। এই পাতার কিনারা হইতে আরম্ভ করিয়া, ও পাতার ভিতরের দিকের সমুদায় স্থানে ব্যাপ্ত থাকিয়া, যে অতি পাতলা স্বচ্ছ মিউকস মেম্ব্রেণ অক্ষিগোলকের সম্মুখস্থ স্ক্লেরটিকের উপর ব্যাপ্ত আছে, তাহাকে কঞ্জংটাইভা কহে। অবস্থান অনুসারে উহা আক্ষিক ও পুটীয় এই দুই নামে ব্যক্ত হয়।

চক্ষুর দুইটী কোণ। একটী নাসিকা দিকে, অপরটী কর্ণদিকে থাকিয়া, অপাঙ্গ নামে পরিচিত। ঊর্দ্ধ ও অধঃ দুইটী পাতার নাসিকাদিকস্থ প্রান্তে, যে এক একটী সূক্ষ্ম ছিদ্র দেখা যায়, তাহাকে ল্যাক্রিম্যাল পংটম্ কহে। এই পংটম্ হইতে নাসিকা দিকে, নাসিকার অভ্যন্তরে অশ্রুগমনের জন্য যে পথ আছে. তাহাকে অশ্রুপথ কহে। এই পথমধ্যে, প্রথমে সঙ্কীর্ণ প্রণালীবৎ ক্যানালিকিউলি, হ্রদবৎ লেকস্ ল্যাক্রিমেলিস্ ও ল্যাক্রিম্যাল স্যাক প্রভৃতি পার হইয়া, অশ্রু নেজাল ডক্ট দিয়া, নাসিকামধ্যে শ্লেষ্মাকারে পরিণত হয়। যে গ্ল্যাণ্ড হইতে অশ্রু নিঃসৃত হইয়া এই সকল পথের অভ্যন্তর দিয়া চক্ষুকে সজল ও মসৃণ রাখে, তাহাকে ল্যাক্রিম্যাল গ্ল্যাণ্ড কহে। যাহা হউক, অশ্রুসম্বন্ধীয় এই সমস্ত অবয়বের সাধারণ নাম ল্যাক্রিম্যাল্ য়্যাপারেটস বা অশ্রুযন্ত্র।

অপিচ, যে পথ দিয়া চক্ষুর অভ্যন্তরে আলোক প্রবিষ্ট হয়, তাহাকে দৃষ্টিপথ কহে। সুতরাং কর্ণিয়া, য়্যাকিউয়স হিউমার, অক্ষিতারা, লেন্স ও ভিট্রিয়স এই সমস্ত অবয়বই দৃষ্টিপথবর্ত্তী। চক্ষুর গর্ভস্থ তলদেশের নাম ফণ্ডস্। সম্মুখ হইতে চক্ষুর যে যে অবয়ব দেখিতে পাওয়া যায় না, অর্থাৎ ভিট্রিয়স,

রেটিনা, কোরইড ও অপ্টিক্ নার্ভ প্রভৃতি সমস্ত অবয়ব এই তলদেশের অন্তর্ব্বর্ত্তী। স্বচ্ছ দৃষ্টিপথ দিয়া চক্ষুর অভ্যন্তরে আলোক প্রতিফলিত হয়, এবং রেটিনায় দৃশ্যপদার্থের প্রতিমূর্ত্তি পড়ে। ঐ প্রতিমূর্ত্তি দর্শন-স্নায়ু দ্বারা মস্তিষ্কে নীত হইলে, আমরা দৃশ্য পদার্থের আকৃতিগ্রহ করিতে সমর্থ হই; এবং এই কার্য্যের নাম দর্শন কার্য্য। সুতরাং, দৃষ্টির বৈলক্ষণ্য ঘটিলে, এই রেটিনা ও দৃষ্টিপথের কোন না কোন অবয়বের বৈলক্ষণ্য ঘটিয়াছে, ইহা অবশ্য অনুমান করিতে হইবেক।

অপিচ, চক্ষুকে একটী গোলাকার ক্ষুদ্র গৃহ বলিলেও বলা যায়। যদিও আমরা কখন গোলাকার গৃহ দর্শন করি নাই বটে, কিন্তু কল্পনায়, স্ক্লেরটিক এই গৃহের গোলাকার প্রাচীর স্বরূপে, চক্ষুগর্ভকে অন্ধকার করিয়া রাখিয়াছে: এবং ইষ্টক অথবা কাষ্ঠ নির্ম্মিত না হইয়া, পুরু পার্চমেণ্ট কাগজের ন্যায় দুর্ভেদ্য মেম্ব্রেণে নির্ম্মিত। এই প্রাচীরপরিবেষ্টিত গৃহগর্ভের সমস্ত তলদেশে কোরইড কৃষ্ণবর্ণ সতরঞ্চির ন্যায় উক্ত প্রাচীরের সর্ব্বগাত্রে, এবং তদুপরি রেটিনা পাতলা মলমলের ধৌত জাজিমবৎ পাতিত আছে। কিন্তু, উহারা সতরঞ্চি অথবা মলমলের ন্যায় শক্ত ও পুরু নহে, দুগ্ধের সরের ন্যায় অতিকোমল পাতলা পদার্থ মাত্র। এই অন্ধকারময় সজ্জিত গৃহে আলোক প্রবেশের নিমিত্ত, উক্ত প্রাচীরের সম্মুখভাগে একটী ক্ষুদ্র গোলাকার জানালা আছে। কর্ণিয়া সেই জানালায় কুব্জ সার্সি স্বরূপে উপুড়ভাবে বসান। পাছে, এই সার্সি মলিন ও আহত হয়, এই নিমিত্ত বাহিরের দিকে, চক্ষুতে দুইখানি পাতা দুইখানি কপাট স্বরূপ, সুন্দরভাবে লাগান আছে। ইচ্ছা করিলেই, উহাদিগকে খুলিতে অথবা বন্ধ করিতে পারা যায়; এবং বাহ্যজগতে অহরহঃ উড্ডীয়মান ধূলি, কুটা ও কীটাদি পদার্থ সহসা চক্ষুতে পতিত হইতে পারিবে না বলিয়া, এই কপাটের ধারে ধারে পক্ষ্ম সকল আবার ঝালরের ন্যায় লাগান রহিয়াছে। কিন্তু তথাপিও ঐ স্বচ্ছ সার্সিতে পাছে কোন দাগ লাগে, এবং চক্ষুর সম্মুখ ভাগ পাছে ঘর্ষিত ও বিবর্ণ হয়, এই আশঙ্কায় ঐ পাতার নিকটে গ্ল্যাণ্ড নামে প্রস্রবণ আছে। এই প্রস্রবণ হইতে অহরহঃ জলবৎ স্নৈহিক পদার্থ আসিয়া, চক্ষুকে সরল ও মসৃণ রাখে এবং চক্ষুর নাসিকাদিকস্থ কোণে ছিদ্র ও নর্দ্দমা প্রভৃতি দ্বারা বাহির

হইযা, নাসিকার অভ্যন্তরে শ্লেষ্মারূপে পরিণত হয। এই জলযন্ত্রেব নাম অশ্রু যন্ত্র।

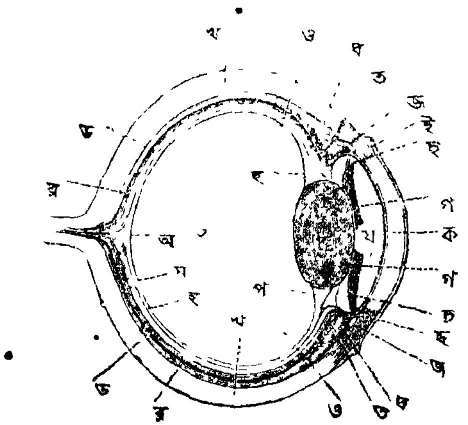
সার্সির কিয়দ্দূর পশ্চাতে; একটী মধ্যছিদ্র গোলাকাব ঝিলিমিলি চতুর্দ্দিকে কোবইডে আবদ্ধ থাকিয়া, চক্ষুর সম্মুখভাগকে দুইটী কুঠুরীতে বিভক্ত করিতেছে, উহাব নাম আইরিস। কিন্তু, এই ঝিলিমিলি সাধাবণ ঝিলিমিলির ন্যায় কাষ্ঠনির্ম্মিত নহে, উহা পুর্ব্বোক্ত সতবঙ্গির ন্যায় পদার্থে নির্ম্মিত, এবং রামধনুব ন্যায রঞ্জিত, ও জালেব ন্যায় বযন কবা। রঙ্গের প্রাবল্য অনুসারে, উহা ভিন্ন ভিন্ন দেহে পীত, সবুজ, কাল ও কটা বর্ণ ধাবণ কবে। এই ঝিলি-মিলির মধ্যস্থ গোলাকার গবাক্ষেব নাম তাবা বা কনীনিকা। কুমুদিনী যদ্রূপ রাত্রিকালে প্রস্ফুটিত ও দিবাভাগে সঙ্কুচিত হয, তদ্রূপ এই তারা অন্ধকাবে প্রসাবিত এবং আলোকস্পর্শে সঙ্কুচিত হইয়া থাকে বলিয়া, চক্ষুর অভ্যন্তরে অপবিমিত আলোক প্রবেশেব উপায নাই। উহাই আলোকের প্রহরীস্বরূপ হইয়া বহে। অপিচ, এই ঝিলিমিলি চক্ষুব সম্মুখভাগকে যে দুইটী কুঠবীতে বিভক্ত কবিতেছে, তন্মধ্যে ঝিলিমিলি হইতে সার্সি পর্য্যন্ত গৃহাংশের নাম য়্যান্টেবিযাব চেম্বাব অর্থাৎ বাহিবেব ঘর। যাহাহউক, বেলোযার কাচের ন্যায স্বচ্ছ ও উজ্জ্বল এবং শিবীষেব ন্যায কোমল, যে চেপ্টা ও গোলাকার পদার্থ ঝিলিমিলিব গবাক্ষের পশ্চাতে আঙটীর হীবকের ন্যায় একটী পর্দ্দায লাগান আছে, তাহাক নাম লেন্স, এবং ঐ স্বচ্ছ অতি পাতলা পর্দ্দার নাম লেন্সেব সস্পেন্সারি লিগামেণ্ট। কচি তাল-শাঁস হইতে একটুকু ক্ষুদ্র, গোলাকাব ও চেপ্টা অংশ লইলে, তাহা চক্ষুর লেন্স বলিযা ভ্রম হইতে পারে। আব, হীরক হইতে ঝিলিমিলি পর্য্যন্ত গৃহাংশের নাম পোষ্টেরিযাব চেম্বার অর্থাৎ পিচনের কুঠুবী। কিন্তু, এই দুইটী কুঠুবী সাধাবণ গৃহেব ন্যায বায়ুপূর্ণ না হইযা, জলবৎ পদার্থে পরিপূর্ণ। এই জলবৎ পদার্থেব নাম য্যাকিউযস হিউমার। উভযগৃহপূর্ণ এই জলবৎ পদার্থ তারা পথ দিযা পরস্পরে মিলিত থাকে।

যাহা হউক, চক্ষুগৃহেব সম্মুখভাগ উপর্য্যুক্তরূপে সজ্জিত থাকিয়া, উহার গর্ত্তস্থ অবশিষ্ট অংশে দ্রবীভূত কাচবৎ স্বচ্ছ, উজ্জ্বল ও থল্‌থলে তবলপদার্থ-পূরিত আব একটী থলি থাকায চক্ষুকে এত পরিপূর্ণ রাখিযাছে, যে চক্ষুতে

কোন কারণে অধিক রসসঞ্চয় হইলে, অথবা চক্ষু হইতে কিয়দংশ তরল পদার্থ নির্গত হইয়া পড়িলে, তৎসময়ে অঙ্গুলিচাপে উহা প্রস্তরবৎ কঠিন, অথবা গদির ন্যায় নরম বোধ হয়। এই স্বচ্ছ থলির নাম হায়েলইড মেম্ব্রেণ; এবং তন্মধ্যস্থ তরল পদার্থের নাম ভিট্রিয়স হিউমার।

মানবগৃহে, যদ্রূপ পরিমিতসংখ্যক মনুষ্য গমনাগমন করিতে পারে ও তাহাতে কোনরূপ আশ্রমপীড়া হয় না; তদ্রূপ এই চক্ষুগৃহে কেবল পরিমিত-সংখ্যক আলোকরশ্মি গতিবিধি করিতে পারে, ও তাহাতে কোনরূপ দৃষ্টি-বিশৃঙ্খলা ঘটে না। অন্ধকার হইতে অত্যুজ্জ্বল আলোকিত স্থানে হঠাৎ গমন, অথবা অত্যুজ্জ্বল আলোকিত স্থান হইতে অন্ধকার গৃহে হঠাৎ আগমন করিলে, তারার সহসা সঙ্কোচন-প্রসারণে দৃষ্টির যেরূপ বিশৃঙ্খলা ঘটে, বোধ হয় তাহা সকলেই জ্ঞাত আছেন। আলোক বাহ্যজগতের বর্ণ ও আকৃতিসংবাদ লইয়া, দৃষ্টিপথে কর্ণিয়া ও য়্যাকিউয়স অতিক্রম করত, তারা-গবাক্ষ দিয়া, লেন্স ও ভিট্রিয়স অতিক্রম করিয়া, ম্যাকিউলা লুটিয়া নামক নির্দ্দিষ্ট পীতচিহ্ন স্থানে, উভয় চক্ষুর রেটিনার বেসিলারি লেয়ারে তাহা চিত্রিত করিয়া আইসে। রেটিনা দর্শনস্নায়ুরূপ স্বকীয় তারযোগে মস্তিষ্কে সেই চিত্র-সংবাদ যুগপৎ পাঠাইয়া দেয়। তাহাতেই গৃহস্বামী আত্মা কোথা হইতে আসিয়া উভয়ের নিকট হইতেই ঐ চিত্রিত বস্তুর একটি আকৃতিগ্রহ করিয়া লয়; এবং ভবিষ্যৎ স্মরণার্থে কোরইডের বর্ণকোষসকলে ঐ চিত্র সংস্থাপিত করিয়া রাখে। পরম কারুণিক পরমেশ্বরের এই অপূর্ব্ব দৃষ্টিকৌশল দেখিয়া, ক্যামিরা যন্ত্রের আবিষ্কার হইয়াছে; এবং এই উপায়েই আমরা ক্যামিরা যন্ত্র দ্বারা দৃশ্যপদার্থের ফটোগ্রাফ তুলিতে সক্ষম হইয়া থাকি। কিন্তু, চক্ষুগৃহে আমরা বাহ্য জগতের যে আকৃতিগ্রহ বা ফটোগ্রাফ তুলি, তাহা প্রকৃতপক্ষে ঠিক হইল কি না, কে বলিতে পারে? আমরা আপন মুখ আপনি দেখিতে পাই না বলিয়া, দর্পণে দেখিয়া লই। কিন্তু, ঐ দর্পণ আমাদের সহিত কিরূপ ব্যবহার করে, তাহা বুঝিবার ক্ষমতা আমাদের নাই। দর্পণে পতিত পরকীয় মুখচ্ছবির যাথার্থ্য অনুমান করিয়া, এই জগৎদৃশ্য আমারা ঠিক ঠিক দেখিতেছি, ইহা অবশ্যই অনুমান করিয়া লইতে হইবেক।

মানব চক্ষুকে উর্দ্ধাধঃ দ্বিখণ্ড ও তাহা বৃহত্তরীকৃত করিয়া নিম্নে চক্ষুর অবয়বাদির একটী প্রতিকৃতি প্রদর্শিত হইতেছে।



এই চিত্রে, ক। কর্ণিয়া। খ। স্ক্লেরটিক। ই। স্থিতিস্থাপক স্তর। ঙ। কোরইড। গ। আইরিস। ত। সিলিয়ারি প্রোসেস। ঘ। সিলিয়ারি পেশী। জ। সার্কুলার সাইনস। হ। রেটিনা। ম। ম্যাকিউলা লুটিয়া। অ। অপ্টিক ডিস্ক। ছ। সস্পেন্সারি লিগামেন্ট। হ। হায়েলইড। প। পিটিট্‌ বর্ণিত কেনাল। ভ। ভিট্রিয়স। চ। পোষ্টেরিয়ার চেম্বার। য। য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বার। ল। লেন্স। ও। ওরাসিরেটা।

১। স্ক্লেরটিক (Sclerotic) শ্বেতাবরণ বা শুক্ল। চক্ষু যে তিনটী স্তরে আবৃত, তন্মধ্যে স্ক্লেরটিক বহিঃস্থ। ইহা ঘন, অস্বচ্ছ, পুরু, চিমৃশে ও দুর্ভেদ্য। ইহার সম্মুখভাগ রূপান্তরিত হইয়া, স্বচ্ছাকারে কর্ণিয়া নামে খ্যাত। ইহা সর্ব্বত্র সমান পুরু নহে, তলদেশে অধিক পুরু। পরে, ক্রমে পাতলা হইয়া আবার কর্ণিয়ার নিকটে ক্যাপসিউল অব্ টিননের সহিত মিলিয়া কিঞ্চিৎ পুরু হয়। যে স্থলে, সরল ও তির্য্যক পেশী সকল ইহাতে সংশ্লিষ্ট হইতেছে, তাহার পশ্চাতেই উহা সর্ব্বাপেক্ষা পাতলা। দর্শন স্নায়ু, সিলিয়ারি স্নায়ু ও সিলিয়ারি স্নায়ুর রক্তশিরা সকল অক্ষিকোটরাভ্যন্তর হইতে ইহাতেই বিদ্ধ হইয়াছে।

২। অপ্‌টিক্ নার্ভ (Optic nerve) দর্শন স্নায়ু। দর্শন স্নায়ু রেটিনার রক্তশিরা সকলের সহিত একত্রে স্ক্লেরটিক ভেদ করিয়া মস্তিষ্কে গমন করে। এই

স্নায়ুপথ কর্ণিয়া হইতে রেটিনা পর্য্যন্ত চক্ষুর যে ব্যাসরেখা তাহা হইতে ১/২ ইঞ্চি নাসিকাদিকে অবস্থিত, এবং একটী ফোঁদেলের ন্যায় চক্ষুর বহির্দ্দিকে মস্তিষ্কের দিকে ক্রমসঙ্কীর্ণ, এবং তন্মধ্যে ল্যামিনা ক্রিব্রোজা জালবৎ পরিব্যাপ্ত। অক্ষিকোটরে উভয় চক্ষুর দর্শনস্নায়ুদ্বয় এরূপ আড়া-আড়িভাবে অবস্থিত যে, দক্ষিণ দর্শনস্নায়ুর সূত্রসকল দক্ষিণ চক্ষুর কর্ণদিকস্থ ও বাম চক্ষুর নাসিকাদিকস্থ রেটিনাকে, এবং বাম দর্শনস্নায়ুর সূত্রসকল বাম চক্ষুর কর্ণদিকস্থ ও দক্ষিণ চক্ষুর নাসিকাদিকস্থ রেটিনাকে পরিপোষণ করে।

৩। কঞ্জংটাইভা (Conjunctiva) যোজিকা। ইহা অতি পাতলা কাগজের ন্যায় শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী মাত্র। ইহাতে কেশের ন্যায় সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম বহুসংখ্যক রক্তশিরা আছে। অক্ষিপুট হইতে অক্ষিগোলকে আসিবার স্থানে উহা দ্বারা যে ভাঁজ পড়ে, তাহাকে টার্সো-অর্বিটাল্ ফোল্ড এবং নাসিকাদিকস্থ কোণে যে ভাঁজ পড়ে, তাহাকে প্লাইকা সেমিলিউনেরিজ কহে। পুটাবরক কঞ্জংটাইভা কিঞ্চিৎ আরক্তিম ও পুরু। উহাতে বহুসংখ্যক প্যাপিলা ও গ্ল্যাণ্ড আছে। টার্সো অর্বিটাল ফোল্ডে ঐ সকল গ্ল্যাণ্ডের ডক্ট আছে; এবং তথা হইতে রস নিঃসৃত হইয়া, চক্ষুকে মসৃণ ও স্নেহময় রাখে।

এই কঞ্জংটাইভা অক্ষিগোলকে স্ক্লেরটিকের উপর সম্বদ্ধ। পুটীয় ও অশ্রুর ধমনী হইতে বহুসংখ্যক সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম রক্তশিরা আসিয়া উহার উপরিভাগে ব্যাপ্ত থাকে। পৈশিক ও সিলিয়ারি আর্টারি হইতে রক্তশিরা আসিয়া উহার অভ্যন্তরে সঞ্চালিত হয়, এবং তাহাই কর্ণিয়ার চতুর্দ্দিকে যাইয়া মণ্ডলাকারে দৃষ্ট হয়। পরে, তথা হইতে বহুসংখ্যক শাখা-প্রশাখায় স্ক্লেরটিক ভেদ করত, আইরিস ও কোরইডের শিরা সকলের সহিত মিলিয়া যায়। এই নিমিত্তই আইরিস ও কোরইড প্রদাহিত হইলে, কর্ণিয়ার চতুর্দ্দিকে গোলাপীবর্ণ রক্তশিরা দৃষ্ট হয়। এই রক্তশিরা সমষ্টির নাম আর্থেরিটিক রিঙ।

৪। কর্ণিয়া (Cornea) অক্ষিকাচ। কর্ণিয়া স্ক্লেরটিকের রূপান্তর মাত্র। উহা স্বচ্ছ; স্ক্লেরটিক অস্বচ্ছ। উহাতে রক্তশিরাদি কিছুই নাই। স্ক্লেরটিকের রক্তশিরা দ্বারা উহার পরিপোষণ হয়। উহা স্ক্লেরটিকের ন্যায় পুরু। কেবল পরিধিভাগে স্ক্লেরটিক উহার উপর আসিয়া পড়ায়, তৎস্থানে অধিক পুরু হয়। উহা পরস্পরমিলিত তিনটী স্তরে গঠিত। উপর ও নীচে

উভয় স্তরেই ইপিথিলীয়াল কোষ থাকে। লঙ সিলিয়ারি স্নায়ুর কোন কোন শাখা কর্ণিয়ায় আইসে।

পরিধিভাগে, পশ্চাদ্বর্ত্তী স্তর দুইটী, যে স্থানে সিলিয়ারি প্রোসেসের সহিত মিলিত হয়, সম্মুখবর্ত্তী স্তরটী ঠিক সেই স্থানেই বক্র হইয়া স্ক্লেরটিকে মিলিয়া যায়; এবং তাহাতে এতদুভয়ের মধ্যে যে স্থান হয়, তাহাকে সার্কুলার সাইনস কহে। পশ্চাদ্বর্ত্তী স্তরের কিয়দংশ আইরিসে গমন করে। অবশিষ্ট অংশ অতি পাতলাভাবে সিলিয়ারি প্রোসেস ও কোরইডের উপর দিয়া বরাবর ল্যামিনা ক্রিব্রোজার প্রান্তে মিলিত হয়। ইহাকেই সিলিয়ারি প্রোসেসের ও কোরইডের স্থিতিস্থাপক স্তর কহে। এই স্থিতিস্থাপক স্তরে, ইপিথীলিয়াল কোষ এবং তন্মধ্যে কৃষ্ণাঙ্গ ব্যক্তির কৃষ্ণবর্ণ থাকে।

৫। কোরইড (Choroid) কৃষ্ণাবরক। কোরইড প্রকৃত পক্ষে, লেন্স ও ভিট্রিয়সের পরিপোষক একটী রক্তাধার মাত্র। উহাতে বহুসংখ্যক রক্ত-শিরা, স্নায়ু ও বর্ণকোষ এবং সঙ্কোচক টিসু আছে। সম্মুখদিকে, ইহা সিলিয়ারি প্রোসেসের ভিতর আসিয়াছে। বহির্দ্দিকে, ইহা সিলিয়ারি পেশী ও স্ক্লেরটিকের সহিত, এবং অভ্যন্তরদিকে স্থিতিস্থাপক স্তরের সহিত সংলগ্ন। ইহার স্নায়ু ও ধমনী অপ্থ্যাল্মিক গ্যাংলিয়নের সিলিয়ারি বিভাগের শাখা মাত্র এবং তাহারা কোরইড হইতে আইরিসে আগমন করে। কৃষ্ণাঙ্গ ব্যক্তির কোরইডে কৃষ্ণবর্ণপূরিত বর্ণকোষ থাকায়, অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারাও কোরইডের শিরা ও স্নায়ু স্পষ্ট দেখা যায় না।

ওরা সিরেটার পরেই, কোরইডের সম্মুখভাগ ৬০টী ঘন সূত্রে পরিণত। উহাদিগকেই আমরা সিলিয়ারি প্রোসেস বলিয়া থাকি। উহারা লেন্সের উপর আসিয়া পড়ে, কিন্তু তাহাকে স্পর্শ করে না। উহাদের একদিকে স্থিতিস্থাপক স্তর ও সস্পেন্সারি লিগামেণ্ট, অপর দিকে সিলিয়ারি পেশী। সিলিয়ারি বডি ও কোরইড উভয়েই তুল্যরূপ পদার্থ দ্বারা গঠিত। অপিচ, সিলিয়ারি বডিতেও পূর্ব্বোক্ত স্থিতিস্থাপক স্তর আছে।

৬। আইরিস (Iris) রামধনু-জাল বা উপতারা। ইতিপূর্ব্বেই বলা হইয়াছে যে, কর্ণিয়া হইতে অনেকানেক সূত্র আইরিসে ও সিলিয়ারি প্রোসেসে আগমন করিয়া, তাহাদিগকে পরস্পর সীমাবদ্ধ রাখে। আইরিসকে, সিলিয়ারি

বডি এবং কোরইডের অগ্রভাগ বলিলেও বলা যায়। বাস্তবিক, ইহারা তিনটীতে একটী ঝিল্লীরূপে পরিণত। ইহাই ইউভিয়াল্ ট্রাক্ট নামে পরিচিত। পূর্ব্বোক্ত সূত্র ব্যতীত, আইরিসে বৃত্তাকার ও ঊর্দ্ধাধঃ-পরিলম্বমান আর এক প্রস্থ সংকোচক সূত্র, সংযোজক ঝিল্লী এবং বহুল বর্ণকোষ, রক্তশিরা ও স্নায়ু আছে। আইরিসের সম্মুখভাগ য়্যাকিউয়সে নিমজ্জিত ও পশ্চাদ্ভাগ লেন্স-কোষে স্পৃষ্ট। ইংরেজীতে তারাকে পিউপিল (Pupil) কহে। তারাদিকস্থ আইরিসের প্রান্ত তারার পরিধি। আইরিসেও পূর্ব্বোক্ত বর্ণকোষবিশিষ্ট স্থিতিস্থাপক স্তর আছে।

আইরিসের সংকোচক সূত্র সকল দুই দলে বিভক্ত। অন্তরস্থ দল গোলাকারে কাপড়ের তানার ন্যায় সাজান আছে, এবং তারাকে সঙ্কুচিত করে। বহিঃস্থ দল কাপড়ের পড়েনের ন্যায় পুর্ব্বোক্ত প্রত্যেক তানার সহিত সরলভাবে বয়ন করা, এবং তাহারা তারাকে প্রসারিত করে। সিলিয়ারি আর্টারি হইতে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র রক্তশিরা স্ক্লেরটিক ভেদ করিয়া, এই সকল সূত্রের অবস্থান অনুসারে, আইরিস ও সিলিয়ারি পেশীতে মণ্ডলাকারে অবস্থান করে।

নাসিক, তৃতীয়, পঞ্চম ও সিম্প্যাথেটিক স্নায়ু এবং অপ্থ্যাল্মিক গ্যাংলিয়নের সিলিয়ারি শাখা হইতে আইরিসের স্নায়ু সকল উৎপন্ন হইয়া, উহার সঙ্কোচক ও প্রসারক পেশী সকলকে পরিপোষণ করে। ৩য় স্নায়ু দ্বারা পরিলম্ব-মান সূত্রসকল প্রসারিত এবং ৫ম স্নায়ু দ্বারা আইরিসের চৈতন্য সম্পাদিত হয়।

৭। রেটিনা (Retina) স্নায়ুজাল। ইহা মাকড়শার ঘন জালের ন্যায় স্নায়ুনির্ম্মাণ মাত্র। ইহা চক্ষুর তলদেশস্থ কৃষ্ণবর্ণ সমস্ত কোরইডে ওরা সিরেটা পর্য্যন্ত বিস্তৃত; এবং সম্মুখে মিম্ব্রেণা লিমিটান্স দ্বারা ভিট্রিয়সপূর্ণ হায়েলইড মেম্ব্রেণ হইতে পৃথগ্ভূত।

রেটিনার কেন্দ্র-ধমনী ল্যামিনা ক্রিব্রোজার ঠিক মধ্যস্থান দিয়া অপ্‌টিক ডিস্ক অতিক্রম করত, ঊর্দ্ধ ও অধঃ দুই দিকে শাখা বিস্তার করে। পরে রেটিনার সহিত মিশিয়া যাইয়া, কেশের ন্যায় বহুসংখ্যক সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম রক্তশিরা দ্বারা সমস্ত রেটিনাকে আচ্ছন্ন করে। ভেইন্‌স সকল ওরা সিরেটার নিকটে আরম্ভ হইয়া, রেটিনার কেন্দ্রধমনীতে মিলিত হয়। এই কেন্দ্র ধমনী অপ্টিক ডিস্কের কেন্দ্র ভেদ করিয়া চক্ষুর বাহিরে আইসে। কিন্তু, অপ্টিক ডিস্ক

রেটিনার রক্তশিরা ব্যতীত, কোরইডের রক্তশিরা এবং পারেমিটার প্রভৃতি মস্তিষ্ক হইতে আগত রক্তশিরা দ্বারাও পরিব্যাপ্ত বলিয়া, দেখিতে গোলাপীবর্ণ হয়। অপ্টিক ডিস্ক চক্ষুর কর্ণিয়া-রেটিনা ব্যাসরেখা হইতে কিঞ্চিৎ নাসিকা দিকে অবস্থিত।

কর্ণিয়া-রেটিনা ব্যাসরেখার প্রান্তে, রেটিনার যে স্থান গাঢ় পীতবর্ণ দেখা যায়, তাহাকে ম্যাকিউলা লুটিয়া কহে। উহা অপ্টিক ডিস্ক হইতে কিঞ্চিৎ কর্ণদিকে অবস্থিত। উহার মধ্যস্থল কিঞ্চিৎ টোল খাওয়া। তাহাকে ফেবিয়া সেন্ট্রালিস কহে। রেটিনার শিরাসকল এই স্থানের উর্দ্ধ ও অধোদেশ দিয়াই গমন করে; এবং রেটিনার এই স্থানই সর্ব্বাপেক্ষা স্পর্শচেতন।

চক্ষুর অভ্যন্তরে অপ্টিক নার্ভের চতুর্দ্দিকে রেটিনায় কোরইডের একটী স্পষ্ট মণ্ডল দেখা যায়। স্থিতিস্থাপক স্তর বক্র হইয়া, এই স্থানে অপ্টিক ডিস্কের প্রান্তে মিশাইয়া যায়। এই স্থান টোল খাওয়া; কিন্তু তাহা ল্যামিনা ক্রিব্রোজা ও দর্শন স্নায়ুর সূত্র ও রেটিনা দ্বারা পরিপূর্ণ। ডিস্কের কেন্দ্র হইতেই রক্তশিরা সকল চক্ষুর অভ্যন্তরে প্রবিষ্ট হইয়া, চতুর্দ্দিকে শাখাপ্রশাখায় বিস্তৃত হয়।

৮। লেন্সের সস্পেন্সারি লিগামেণ্ট। এই লিগামেণ্ট অর্থাৎ ঝুলানো দড়িকে জনুলা অব জিন কহে। ইহা সূত্রময় কৌষিক বিধান, এবং স্থিতি-স্থাপক স্তরের অভ্যন্তর দিকেই লগ্ন। ওরা সিরেটা হইতে আরম্ভ হইয়া, ইহা সিলিয়ারি প্রোসেসের ধার দিয়া লেন্সের সম্মুখদিকে লেন্সের ক্যাপসি-উলের সহিত মিলিত।

৯। হায়েলইড (Hyaloid)। ইহা অতিকোমল ও ভঙ্গুর মেম্ব্রেণ। ওরা সিরেটা পর্য্যন্ত চক্ষুর তলদেশস্থ সমস্ত স্থানে ইহা মেম্ব্রেণা লিমি-ট্যান্সের সহিত সংবদ্ধ। সম্মুখদিকে ইহা ওরা সিরেটা হইতে সস্পেন্সারি লিগামেণ্টের সঙ্গে সঙ্গে যাইয়া, লেন্সের পশ্চাদিক দিয়া ভিট্রিয়স ঘুরিয়া আইসে। লেন্সের সম্মুখ দিকে সস্পেন্সারি লিগামেণ্ট এবং পশ্চাতে হায়েলইড থাকায়, লেন্সের এই পার্শ্বস্থ প্রণালীবৎ স্থানের নাম পিটিট বর্ণিত কেনাল।

১০। ভিট্রিয়স (Vitreous) কাচদ্রব। ইহা শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী মাত্র। ইহাতে স্নায়ু বা রক্তশিরাদি নাই; রেটিনা এবং কোরইডের রক্ত শিরা দ্বারা ইহার পুষ্টিসাধন হয়।

১১। লেন্স (Lens) কাচমণি। সম্মুখ অপেক্ষা লেন্সের পশ্চাদ্দিক অধিক ন্যুব্জ। ইহার বেধ প্রায় ⅕ ইঞ্চি এবং দৈর্ঘ্য প্রায় ⅓ ইঞ্চি। ইহা সূত্রগুচ্ছ দ্বারা স্তরাকারে নির্ম্মিত ও ক্যাপ্‌সিউল নামে পলাণ্ডুত্বকের ন্যায় একটী কোষমধ্যে নিহিত। এই লেন্স ভিট্রিয়সের উপর এবং তাবার ঠিক পশ্চাতে স্থাপিত। ইহাতে স্নায়ু বা রক্তশিরাদি নাই। সম্মুখবর্ত্তী ক্যাপ্‌সিউলের স্তরের দ্বারা কোরইড হইতে উহার পরিপোষণ হয়।

১২। সিলিয়ারি পেশী (Ciliary muscle)। এই পেশী কর্ণিয়া ও স্ক্লেরটিকের সন্ধিস্থান হইতে আরব্ধ হইয়া, স্ক্লেরটিকের পশ্চাৎ পশ্চাৎ ওরা সিরেটা পর্য্যন্ত বিস্তৃত। ইহা পূর্ব্বোক্ত স্থিতিস্থাপক স্তরের সহিত অভ্যন্তর দিকে মিলিত; এবং সেই স্তরের দ্বারাই ইহা আইরিস ও য়্যাকিউয়স হইতে পৃথক্। পশ্চাদ্দিকে ইহা সিলিয়ারি প্রোসেস ও কোরইডের সহিত মিলিত। সিলিয়ারি পেশী ও আইরিস উভয়েই একস্থান হইতে রক্তশিরা প্রাপ্ত হয়। সিলিয়ারি, ন্যাসো-সিলিয়ারি এবং সিম্প্যাথেটিক নার্ভ হইতে ইহার স্নায়ুসকল উৎপন্ন হয়।

১৩। অক্ষিপুট (Eye-lids)। অক্ষিপুটে পক্ষ্মমূল টার্সাল কার্টিলেজ পর্য্যন্ত বিস্তৃত। চক্ষুর পাতার মধ্যস্থলে পুটীয় অর্বিকিউলেরিজ পেশী অক্ষিপুটকে নিমিলিত করে। কঞ্জংটাইভার পরেই টার্সাল কার্টিলেজ। এই কার্টিলেজের ঊর্দ্ধ প্রান্তে পুটীয় লিভেটর পেশী সংলগ্ন আছে ও তদ্দ্বারা অক্ষিপুট উন্মীলিত হয়। এই কার্টিলেজে মিবোমিয়ান গ্ল্যাণ্ড আছে, তাহার মুখ পুটপ্রান্তস্থ কঞ্জংটাইভার নিকটবর্ত্তী।

চক্ষুর দর্শনোপযোগিতা।

চক্ষুর যে ক্ষমতা দ্বারা কি নিকটবর্ত্তী, কি দূরবর্ত্তী প্রত্যেক বস্তুই, একে একে, অথবা দূরবিস্তৃত এই সৌরজগতের দৃশ্যাবলি অনুক্ষণেই, আমাদের জ্ঞানগোচর হইয়া থাকে, তাহা চক্ষুর দর্শনোপযোগিতা শব্দে ব্যক্ত হয়। অপর, যে কৌশল দ্বারা বিভিন্ন দূরবর্ত্তী পদার্থ সকলের প্রত্যেক স্থান হইতে আলোক-রশ্মি আসিয়া, কর্ণিয়া, য়্যাকিউয়স, ভিট্রিয়স ও লেন্সের অভ্যন্তর দিয়া প্রতিফলিত হইয়া, রেটিনায় কেন্দ্রায়িত অর্থাৎ একবিন্দুতে মিলিত হয়, তাহাকে

চক্ষুর আলোকোপযোগিতা কহে। অর্থাৎ, যে শক্তি দ্বারা কর্ণিয়া ও লেন্স্ তারাপথে প্রবিষ্ট আলোকরশ্মিকে দৃষ্টিপথ দিয়া রেটিনায় কেন্দ্রায়িত করে, তাহাকে চক্ষুর আলোকোপযোগিতা (Refraction) কহে। আর, সিলিয়ারি পেশী ও আইরিসের যে ক্ষমতা দ্বারা চক্ষু স্বীয় আলোকোপযোগিতা শক্তির হ্রাসবৃদ্ধি করিতে পারে, তাহাকে উহার দর্শনোপযোগিতা (Accommodation) কহে। এই কৌশল দ্বারা জগদ্দৃশ্যাবলি দর্শনে আমাদের লক্ষ্য না থাকিলেও, উহার প্রতিবিম্ব রেটিনায় পড়ে।

বিশ্রান্তাবস্থায়, নির্দ্দোষ সুস্থ চক্ষুকে দূরদর্শনের নিমিত্ত কোন ক্ষমতা চালন করিতে হয় না। কারণ, কর্ণিয়া ও লেন্স স্বভাবতঃ এত স্বচ্ছ যে, তন্মধ্য দিয়া দূরাগত সমান্তর রশ্মি সকল অনায়াসেই রেটিনায় কেন্দ্রায়িত হইতে পারে। রেটিনা, কর্ণিয়া হইতে কিঞ্চিদল্প ১ইঞ্চি দূর পশ্চাতে অবস্থিত; সুতরাং বিশ্রান্তাবস্থায় চক্ষুর আলোকোপযোগিতার পরিমাণ প্রায় ১ইঞ্চি ফোকসের কন্‌ভেক্স গ্লাসের সমান বলিতে হইবে। কিন্তু, নিকটস্থ বস্তু হইতে কর্ণিয়ায় সমান্তর ভাবে রশ্মি পড়ে না, ক্রমবিকীর্ণ হইয়া পড়ে; সুতরাং সেই সকল রশ্মি ক্রমসঙ্কীর্ণ হইয়া লেন্সের পশ্চাতে কেন্দ্রায়িত হইতে চক্ষুর অধিক ক্ষমতার প্রয়োজন হয়। এই নিমিত্তই ১ইঞ্চি কন্‌ভেক্স গ্লাসের সমপরিমাণ আলোকোপযোগিতা চক্ষুর সম্পূর্ণ অনুপযোগী বলিয়া, আমরা অনুক্ষণ চক্ষুর দর্শনোপযোগিতা শক্তির পরিচালনা করি। ক্রমে, এই পরিচালনা আমাদের জ্ঞান ও ইচ্ছার অজ্ঞাতসারে অভ্যস্ত হইয়া পড়ে।

এদিকে, নির্দ্দোষ সুস্থ চক্ষু হইতে ৩½ অথবা ৪ ইঞ্চি অপেক্ষা অধিক নিকটে, অথবা ১৮ কিম্বা ২০ ফুট হইতে অধিক দূরে, স্বভাবতঃ স্পষ্ট দর্শন করা যায় না। উহাই নিকট ও দূর দর্শনের সীমা। এই স্থান হইতেই আলোক রশ্মি চক্ষুতে ৫ মিনিট কোণে, কেন্দ্রোন্মুখ হইয়া প্রবিষ্ট হয়। তদতিরিক্ত সূর্য্যমণ্ডল পর্য্যন্ত দূর হইতে ইহা সমান্তরভাবে আইসে। চক্ষুর আলোকোপযোগিতায়, উক্ত ৫ মিনিট কোণে, ১ ফুট দূরে স্নেলেন সাহেবের ১নং অক্ষর, এবং ২ ফুট দূরে ২নং অক্ষর প্রভৃতি দৃষ্টিগোচর হয়। দৃষ্টির তীক্ষ্ণতা বৃদ্ধি হইলে, ঐ সকল অক্ষর এতদপেক্ষা অধিক দূরে দৃষ্ট হইতে পারে। কিন্তু তীক্ষ্ণতা খর্ব্ব হইলে, ঐ সকল অক্ষর ঐ ঐ দূরে দৃষ্ট না হইয়া, আরো নিকটবর্ত্তী

হইলে দৃষ্ট হয়। অপিচ, য়্যাট্রোপীন প্রভৃতি প্রয়োগে সিলিযারি পেশীকে ক্ষমতাহীন করিলে, নিকটদৃষ্টির ব্যাঘাত ভিন্ন, দূরদৃষ্টির ব্যাঘাত ঘটে না; এবং বয়োবৃদ্ধির সঙ্গে সঙ্গে নিকটদৃষ্টির এই দূরতা ক্রমশ আরো অধিক দূরবর্ত্তী হইতে থাকে।

সিলিযারি পেশী সঙ্কুচিত হইয়া, জনুলা অব জিন দ্বারা লেন্সের ন্যুব্জতা (প্রায়তঃ সম্মুখভাগের) বৃদ্ধি করত, চক্ষুকে অতিবিক্ত আলোকোপযোগী করে, এবং তাহাতেই চক্ষু দর্শনোপযোগী হইয়া থাকে। এই দর্শনোপ-যোগিতায়, উভয় চক্ষুরই দৃষ্টি একটী দৃশ্য পদার্থে ক্রমসঙ্কীর্ণভাবে আকৃষ্ট হয়। চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন প্রয়োগ করিলে, উহার দর্শনোপযোগিতা স্থগিত থাকিতে পারে, অথচ দূরদর্শনের জন্য আলোকোপযোগিতার কোন ব্যতিক্রম ঘটে না। চালশে দোষে, চক্ষুর দর্শনোপযোগিতা শক্তির এত হ্রাস হয় যে, অতি ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ছাপার অক্ষর ১৫। ১৬ ইঞ্চি অপেক্ষা অধিক দূরবর্ত্তী না হইলে, তাহা পাঠ করা যায় না। কিন্তু, নির্দ্দোষ সুস্থ চক্ষুতে ঐ অক্ষর চক্ষু হইতে ৩ ইঞ্চি দূরে অনায়াসেই স্পষ্ট পাঠ করা যায়। এই উভয়স্থলেই, চক্ষুর দূরন্যস্ত আলোকোপযোগিতার কোন ব্যত্যয় ঘটে না। কিন্তু, চক্ষুতে মাইওপিয়া (নিকট-দৃষ্টি) দোষ ঘটিলে, অক্ষিগোলকের সম্মুখ ও পশ্চাৎ ব্যাসরেখা বৃহত্তর হয় বলিয়া, ঐ দূরন্যস্ত আলোকোপযোগিতার বৃদ্ধি হয়, অথচ চক্ষুর দর্শনোপ-যোগিতা শক্তি স্বাভাবিক অবস্থায় থাকে। হাইপারমিট্রোপিয়া দোষে চক্ষুর ঐ ব্যাসরেখা ক্ষুদ্রতর হয় বলিয়া, আলোকোপযোগিতার হ্রাস হয়, এবং আলোক-রশ্মি কেন্দ্রায়িত হইবার পূর্ব্বেই, রেটিনায় পৌছে, অথচ তাহাতে চক্ষুর দর্শনোপযোগিতার কোন হ্রাস হয় না; সুতরাং দৃষ্টির গোলযোগ ঘটে। দূরাগত সমান্তর রশ্মি,—

নির্দ্দোষ সুস্থ চক্ষুতে	..	রেটিনার উপর কেন্দ্রায়িত হয়।	
মাইওপিয়া দোষে	...	ঐ সম্মুখে ঐ	।
হাইপারমিট্রোপিয়া দোষে	.	ঐ পশ্চাতে ঐ	।
য়্যাষ্টীগ্‌ম্যাটিজম দোষে	...	অনিয়মিতরূপে ঐ	।

এতন্মধ্যে চক্ষুদোষ সম্বন্ধে মাইওপিয়া হাইপারমিট্রোপিয়ার বিপরীত; অর্থাৎ মাইওপিয়া দোষে, চক্ষুর আলোকোপযোগিতা শক্তির বৃদ্ধি হয়, এবং দূররশ্মি

সকল রেটিনায় পৌঁছিবার পূর্ব্বেই, দৃষ্টিপথে কেন্দ্রায়িত হয়। হাইপারমিট্রোপিয়া দোষে, চক্ষুর আলোকোপযোগিতার হ্রাস হয় এবং দূররশ্মি সকল কেন্দ্রায়িত হইবার পূর্ব্বেই রেটিনায় পৌঁছে। কিন্তু, দৃষ্টিসম্বন্ধে ইহারা পরস্পর বিপরীত নহে; উভয়েই দূরদৃষ্টির ব্যাঘাত হয়। তবে, হাইপারমিট্রোপিয়া স্থলে, নিকটেও দৃষ্টির ব্যাঘাত ঘটে। দৃষ্টি সম্বন্ধে প্রেসবাওপিয়া মাইওপিয়ার বিপরীত।

আমরা উর্দ্ধ ও অধঃ, দক্ষিণ ও বাম, দৃষ্টিসম্মুখে চতুর্দ্দিকে যত দূর স্থান দেখিতে পাই, তাহা দৃষ্টিক্ষেত্র নামে উক্ত হয়। রোগাদিতে রেটিনা আংশিক দৃষ্টিহীনরহিত হইলে, তদ্বিপরীত দিকস্থ দৃষ্টিক্ষেত্রে আমাদের দৃষ্টির অভাব ঘটে। অপিচ, কোন কারণে রেটিনায় দৃশ্য পদার্থের প্রতিমূর্ত্তি না পড়িয়া, অপ্টিক ডিস্কে পড়িলে, দর্শন স্নায়ুর সূত্র সকল আলোকে উত্তেজিত হয় না বলিয়া, দৃষ্টিক্ষেত্রে ডিস্কের আয়তনবৎ স্থান দৃষ্টিগোচর হয় না। এই কারণেই, বাম চক্ষু মুদিত করিয়া, দক্ষিণ চক্ষু দ্বারা পুস্তকস্থ কোন পৃষ্ঠার বাম পার্শ্বস্থ কোন অক্ষরে দৃষ্টি নিয়োজিত রাখিয়া, পুস্তক খানি আস্তে আস্তে চক্ষু হইতে ১২ বা ১৩ ইঞ্চি দূরে লইয়া গেলে, ঐ পৃষ্ঠার দক্ষিণ পার্শ্বস্থ কোন ছবি, তৎসময়ে আর দৃষ্টিগোচর হয় না। কিন্তু, তদপেক্ষা দূরে বা নিকটে দৃষ্টিগোচর হয়। উভয় চক্ষু দ্বারা দৃষ্টি সমাধা হওয়ায়, আমরা সর্ব্বদা এই বিষয় অনুভব করিতে পারি না।

অপরাপর রোগের সহিত চক্ষুরোগের সম্বন্ধ। (ETEOLOGY)

চিকিৎসক অন্যান্য রোগ চিকিৎসায় বিশেষ পারদর্শী না হইলে এবং সেই সকল রোগের উৎপত্তি, কারণ, লক্ষণ এবং পরিণাম অবগত না হইলে, চক্ষুরোগ চিকিৎসায় কখনই যশোলাভ করিতে পারেন না। পরন্তু, অস্ত্রবিদ্যায়ও তাঁহাকে বিশেষ নিপুণ হইতে হয়। যাহাহউক, চক্ষুরোগ স্থানীয় রোগ হইলেও এবং কেবল স্থানিক ঔষধ প্রয়োগে কোন কোন বিধ চক্ষুরোগ আরোগ্য হইলেও বহুতর চক্ষুরোগের সহিত শারীরিক অপরাপর রোগের যে সম্বন্ধ আছে, অর্থাৎ ঐ সকল শারীরিক রোগ আরোগ্য করিতে না পারিলে, তজ্জনিত বা তদ্দ্বারা জটিল

চক্ষুরোগও যে আরোগ্য হয় না, তদ্বিষয়ে সংক্ষেপে কিছু কিছু বর্ণনা করিতেছি।

সকল রোগের রাজা জ্বর রোগেও চক্ষুতে বিবিধ প্রকার রোগ জন্মিয়া থাকে। এই জ্বর দীর্ঘকাল স্থায়ী হইলে এবং চক্ষু বাহ্যতঃ বিলক্ষণ সুস্থবৎ প্রতীত হইলেও উহাতে য্যাম্বিনোপিয়া অথবা রেটিনাইটিস রোগ জন্মিয়া দৃষ্টিবৈলক্ষণ্য ঘটে; এবং কখন কখন সপিউরেটিভ কোরইডাইটিস রোগ জন্মিয়া প্রদাহ-ক্রমে চক্ষু এবং দৃষ্টি বিনষ্ট হইতে পারে। সুতরাং এবম্ভূত চক্ষুরোগ চিকিৎসা করিতে হইলে, সকল রোগের নিদানভূত জ্বররোগের চিকিৎসা না করিলে, চক্ষুর রোগ কখনই আরোগ্য হইতে পারে না। নানা প্রকার বাতশ্লেষ্ম-বিকারাদি সাংঘাতিক জ্বরেও চক্ষুর কর্ণিয়ায় হাপিজ, ক্ষত এবং সপিউরেটিভ কেরাটাইটিস রোগ জন্মিয়া চক্ষু গলিয়া ও চুপসিয়া যায়, অথবা ঘন শ্বেতবর্ণ ক্ষতকলঙ্কে কলঙ্কিত হইয়া রহে; অথবা অপটিক নিউরাইটিস বা য্যামো-রোসিস রোগে চিরান্ধ হইয়া থাকে, অথবা উহার দৃষ্টির এরূপ বৈলক্ষণ্য ঘটে যে, দর্শনীয় বস্তু মাত্রেই, হয় পাশাপাশি, না হয় আড়াআড়ি, সর্ব্বদা দুইটী দুইটী বলিয়া ভ্রম হয়। ম্যালেরিয়া জ্বরেও চক্ষুতে আইরাইটিস, প্যানফ্‌থ্যাল্মাইটিস এবং গ্রানিউলার কঞ্জংটিভাইটিস প্রভৃতি ভয়ানক প্রাদাহিক চক্ষুনাশক রোগ জন্মিতে পারে; এবং ভিট্রিয়স ওপাসিটিজ, রেটিনাইটিস, রেটিনার রক্তাধিক্য, অপটিক নিউরাইটিস এবং রাতকাণা, টেরাদৃষ্টি ও দ্বিদর্শন প্রভৃতি দৃষ্টিহানিকর পীড়াও জন্মে। অপিচ, এবম্বিধ স্থলে চক্ষুতে কেরিজ প্রভৃতি রোগও কখন কখন জন্মিতে দেখা গিয়াছে। পালা জ্বরে দীর্ঘকাল আক্রান্ত থাকিয়াও অনেকে রাতকাণা হইয়াছেন, এরূপ ভূরি ভূরি প্রমাণ পাওয়া যায়। সূতিকা জ্বরেও প্রসূতি অনেক সময়ে সপিউরেটিভ কোরইডাইটিস রোগে আক্রান্ত হইয়া থাকেন। হামজ্বরেও অনেক সময়ে চক্ষু প্রদাহিত ও রক্তবর্ণ হইয়া থাকে, এবং উহাতে কঞ্জংটি-ভাইটিস অথবা টার্শালি অফথাল্‌মিয়া প্রভৃতি রোগ জন্মিতে পারে। বসন্ত রোগেও চক্ষু তদ্বিধ গুটিকা দ্বারা আক্রান্ত হইয়া ক্ষতাদি দ্বারা হয় বিনষ্ট হইয়া যায়, নতুবা চিরকাল অনপনেয় ক্ষতকলঙ্কে এরূপ কলঙ্কিত হইয়া রহে যে, তদ্দ্বারা দৃষ্টির বিলক্ষণ ব্যাঘাত জন্মে। একজিমা প্রভৃতি চর্ম্মরোগেও

ফ্লিক্টিনিউলার কনজংটিভাইটিস অথবা কর্ণিয়ার হার্পিজ প্রভৃতি রোগ জন্মে। সামান্য সর্দ্দি রোগেও চক্ষুতে সামান্য কঞ্জংটিভাইটিস, সিউডো-মেম্বেণস কঞ্জংটিভাইটিস, হার্পিজ, ক্ষত, ব্লেনোরিয়া এবং সিক্লাইটীস প্রভৃতি প্রাদাহিক রোগ জন্মে; এবং উহাতে এক্সফথাল্মিক গয়েটর এবং নিক্টিটেশন প্রভৃতি রোগও কখন কখন হইতে দেখা যায়। চক্ষুর এই সকল রোগ যে কিরূপ ভয়ানক এবং তাহা চিকিৎসা করা যে কিরূপ কঠিন, তাহা বিবেচনা করিলে, উক্ত সর্দ্দি রোগের সামান্যত্ব আর থাকে না। ভয়ানক কাশি, উৎকাশি এবং হুপিং কফ রোগেও চক্ষু ইকাইমোসিস রোগে আরক্তিম হইয়া উঠে; অথবা ঐ রোগে চক্ষুর পাতাও কখন কখন বিলক্ষণ জলস্ফীত হইয়া পড়ে, সুতরাং সেই কাশি রোগ আরাম করিতে না পারিলে, চক্ষুর এই বিপদও অতিক্রম করিতে পারা যায় না। ভয়ানক হাঁচি রোগেও কাশি রোগের ন্যায় চক্ষু লাল হইয়া উঠে, অথবা উহার পাতা ফুলিয়া পড়ে। দুর্ব্বলতা রোগে চক্ষুতে সিক্লাইটিস, সপিউরেটিভ কেরাটাইটিস, ফ্লিক্টিনিউলার কেরাটাইটিস, টার্সাল অফথ্যাল্মিয়া, গ্রানিউলার কঞ্জংটিভাইটিস, ডিফথারিটিক কঞ্জংটিভাইটিস, ক্রণিক অফথাল্মিয়া, পশ্চিউলার কঞ্জংটিভাইটিস, কেরাটাইটিস, হার্পিজ, কর্ণিয়ার ক্ষত এবং চক্ষুর পাতায় আঞ্জনি প্রভৃতি প্রাদাহিক রোগ ঘটিয়া চক্ষুর সমূহ বিপদ ঘটায়। অপিচ, এইরূপ দুর্ব্বলতা রোগে চক্ষুতে য্যাস্থিনোপিয়া, মিউসি ভলিট্যাণ্টিস, কোরইডের হাইপারীমিয়া এবং ডিপ্লোপিয়া প্রভৃতি দৃষ্টি-হানিকারক রোগ জন্মে; এবং এমত কি, দর্শন স্নায়ু চুপ্সিয়া চক্ষু যাবজ্জীবন অন্ধ হইতে পারে। এই দুর্ব্বলতা রোগে চক্ষুতে কেরিজ এবং হার্পিজ জষ্টার ফ্রণ্টেলিস রোগও হইয়া থাকে। সুতরাং অগ্রে দুর্ব্বলতা রোগ আরোগ্য করিতে না পারিলে, এবম্বিধ স্থলে, এই সকল চক্ষুরোগও যে আরোগ্য হয় না, তাহা বলা বাহুল্য মাত্র।

পরিপাক যন্ত্রের বিশৃঙ্খলায়ও চক্ষুতে নানাবিধ রোগ উপস্থিত হইয়া থাকে। তন্মধ্যে বহুমূত্র রোগে (diabetes) চক্ষুতে ক্যাটারাক্ট, আইরাইটিস, সপিও-রেটিভ কেরাটাইটিস, রেটিনাইটিস, অপ্টিক নিউরাইটিস এবং রেটিনা হইতে রক্তস্রাবাদি অতি দুর্দ্দম্য রোগ ঘটে। নানা প্রকার বাত (rheumatism) এবং গেঁটে বাত রোগেও (gout) চক্ষুতে কঞ্জংটিভাইটিস আইরাইটিস, হাইপো-

পিয়ন, রেটিনাইটিস এবং চাক্ষুষ রক্তস্রাবাদি রোগ আনীত হয়। আমাশয় পীড়ায় (diarrhœa) চক্ষুতে ক্যাটারাক্ট রোগ জন্মে। আমরক্তপীড়ায় (dysentery) চক্ষুতে ক্যাটারাক্ট ও গ্লকোমা রোগ জন্মিয়া থাকে। এদিকে যকৃৎ সম্বন্ধীয় পীড়ায়ও চক্ষুতে নানাবিধ রোগ হইতে দেখা যায়। যকৃৎ প্রদাহে বিশেষতঃ ন্যাবা রোগে (icterus) দৃষ্টির বহুবিধ বিশৃঙ্খলা ঘটে। উহাতে রেটিনায় রক্তাধিক্য এবং রেটিনা হইতে রক্তস্রাবাদি রোগ হইতে দেখা যায়। দন্তোদ্গম সময়ে বালক দিগের চক্ষুতে ফ্লিক্টেনিউলার কঞ্জংটিভাইটিস, কর্ণিয়ার হার্পিজ, লেন্সের অপকর্ষ প্রভৃতি রোগ এবং তৎপরে দন্তের কেরিজ রোগে চক্ষুতে মাইড্রিয়েসিস, মাইওসিস এবং অ্যাম্ব্লিওপিয়া প্রভৃতি রোগ ঘটে। ক্রিমি রোগেও চক্ষুর তারার দোষ ঘটে এবং রেটিনায় রক্তাধিক্য রোগ জন্মে।

শোণিত সঞ্চালন যন্ত্রের বিশৃঙ্খলায়ও চক্ষুতে বহুবিধ অনিষ্টকর রোগ জন্মিয়া থাকে। তন্মধ্যে হৃদ্পিণ্ডের পীড়ায়, প্রধানতঃ হৃদ্পিণ্ডের মাইট্রাল ভল্‌ভের (Mitral Voiv) পীড়ায় এবং হাইপারট্রফি (Hypertrophy) রোগে চক্ষুতে রেটিনার শিরা সকলের পল্‌সেশন, রেটিনার রক্তাধিক্য, রেটিনা হইতে রক্তস্রাব, রেটিনার রসপূর্ণতা, (Infarction), কোরইড হইতে রেটিনার বিশ্লেষ, রেটিনার কেন্দ্রিক শিরার এম্বোলিজম, থ্রম্বোসিস, এবং অপ্টিক নিউরাইটিস প্রভৃতি অতি দুরারোগ্য রোগ জন্মিয়া থাকে। এথেরোমেটাস এবং অন্যান্য এনিউরিজম রোগে এবং রক্তশিরা সকলের টিউমার রোগে রেটিনায় রক্তসংঘাত, চক্ষুর অভ্যন্তরে রক্তস্রাব এবং তৎসঙ্গে কখন কখন মাইওসিস অথবা মাইড্রিএসিস রোগ জন্মে। প্রাণনাশক অ্যালবিউমিনিউরিয়া রোগেও চক্ষুতে রেটিনাইটিস অ্যালবিউমিনিউরিকা, প্যাপিলাইটিস, রেটিনা হইতে রক্তস্রাব, কোরইড হইতে রেটিনার বিশ্লেষ, হায়েলাইটিস এবং ভিট্রিয়সে রক্তস্রাব, গ্লকোমা এবং অপ্টিক অ্যাট্রোফি প্রভৃতি দুরারোগ্য রোগ জন্মে। অ্যানিমিয়া, ক্লোরোসিস, এবং লিউকিমিয়া প্রভৃতি শারীরিক দুর্ব্বলকারক রোগের গুরুতর অবস্থায় চক্ষুতে প্যাপিলাইটিস, কর্ণিয়ায় ক্ষত, হাইপোপিয়ন, রেটিনায় রক্তস্রাব এবং রেটিনার কেন্দ্রিক শিরার রক্তস্রাব ঘটে। ভয়ানক হিমাটেমেসিস, হিমপ্টিসিস অথবা মেনোরেজিয়া প্রভৃতি রক্তবমন ও ঋতুস্রাবাদি রোগে

চক্ষুতেও ভয়ানক রক্তস্রাব ঘটে। পৈত্রিক অথবা স্বোপার্জ্জিত উপদংশ রোগেও চক্ষুতে কেরাটাইটিস, ইপিস্ক্লেরাইটিস, আইরাইটিস, রেটিনাইটিস প্রভৃতি নানাবিধ রোগ ঘটে।

গর্ভাশয় এবং জরায়ুর যে যে বিশৃঙ্খলায় চক্ষুর রেটিনায় ভয়ানক বিপদ ঘটিয়া থাকে, তন্মধ্যে গর্ভাশয়ের প্রদাহ, ঋতুলোপ, অনিয়ম ঋতু, অতিরিক্ত ঋতু, জরায়ুতে টিউমার এবং গর্ভাবস্থাই প্রধান বলিয়া গণ্য। গর্ভাবস্থায় রক্তশিরা সকলের হ্রসিত বা বর্দ্ধিত বিতানক্রমে অথবা য়্যাল্বিউমিনিউরিয়া, অতিরিক্ত ফাইব্রীন বা প্রতিফলিত শিরাপ্রদাহ প্রযুক্ত চক্ষুতে য়্যাল্বিউমিনিউরিয়া রোগজ সমস্ত বিপদ অর্থাৎ রেটিনাইটিস, রক্তস্রাব, এম্বোলি এবং হায়েলাইটিস প্রভৃতি রোগ আনয়ন করে।

চক্ষুরোগ দেখিয়াই আমরা মস্তিষ্কের রোগ অনুমান করি। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা চক্ষু পরীক্ষা করিতে যাইয়াই আমরা মেনিঞ্জাইটিস, মস্তিষ্কাপকর্ষ এবং টিউমার প্রভৃতি মস্তিষ্কের রোগ জানিতে পারি। এই সকল মস্তিষ্কের রোগে দৃষ্টির বিলক্ষণ ব্যাঘাত হয়, এবং প্রদাহ ও পক্ষাঘাত প্রযুক্ত তারা হয় প্রসারিত, না হয় সঙ্কুচিত থাকে। মেনিঞ্জাইটিস রোগে চক্ষু রেটিনাইটিস অথবা অপ্টিক নিউরাইটিস এবং কখন কখন য়্যামোরোসিস রোগে আক্রান্ত হয়। মস্তিষ্কের অপকর্ষ রোগে, যদি তাহা মস্তিষ্কের শীর্ষ স্থানীয় হয়, তবে চক্ষুতে নিউরাইটিস এবং হেমিয়ানোপিয়া ও ডিপ্লোপিয়া রোগ উপস্থিত হয়। ঐ রোগে চতুর্থ ভেন্‌ট্রিকেল এবং তৃতীয় স্নায়ু আক্রান্ত হইলে, অফথালমেপ্লিজিয়া এক্‌ষ্টার্ণা এবং টোসিস প্রভৃতি রোগ ঘটে; এবং কখন কখন চক্ষু জন্মের মত অন্ধ হয়। মস্তিষ্কে টিউমার হইলে, চক্ষুতে টোসিস, অপ্টিক নিউরাইটিস (choked disc), অপ্টিক য়্যাট্রোফি এবং চাক্ষুষ শিরা সকলের পক্ষাঘাত প্রভৃতি রোগ ঘটে। মস্তিষ্কে স্ফোটক হইলেও চক্ষুতে তদ্রূপ রোগ উপস্থিত হয় এবং প্রদাহ সঞ্চারিত হইয়া আইসে। এপিলেপ্সি এবং এপোপ্লেক্সি রোগে, চক্ষুতেও অপ্টিক নিউরাইটিস প্রভৃতি রোগ উপস্থিত হয়। টেবিস ডর্সেলিস প্রভৃতি মেরুমজ্জার রোগে, অপ্টিক নিউরাইটিস, অপ্টিক য়্যাট্রোফি, টোসিস এবং পক্ষাঘাত প্রভৃতি রোগ চক্ষুকে আক্রমণ করিয়া থাকে। মেরুমজ্জার ভয়ানক আঘাতে (railway spine) রেটিনায় রক্তাধিক্য এবং প্যাপি-

লাইটিস প্রভৃতি রোগ উপস্থিত হয়। পাগলদিগের পক্ষাঘাত রোগে চক্ষুতে নানাবিধ দৃষ্টিবিশৃঙ্খলা ঘটে।

ডিফথীরিয়া এবং গণোরিয়া রোগেও চক্ষুতে তদ্রূপ প্রাদাহিক রোগ আনয়ন করে। স্কর্ভি, ষ্ট্রুমা এবং স্ক্রফুলা রোগেও চক্ষুতে কঞ্জংটিভাইটিস, কেরাটাইটিস, এবং কর্ণিয়ার ক্ষতাদি রোগ জন্মে। সেপ্টিসিমিয়া রোগে চক্ষুর রেটিনা হইতে ভয়ানক রক্তস্রাব ঘটে, এবং তাহাতে জীবনাশাও কম হইয়া পড়ে। রবার ও তৈলের কলে বাইসলফাইড অব কার্বনের ধূম গ্রহণ করিয়াও অনেকে স্কটোমা এবং অপ্টিক নিউরাইটিস রোগে অন্ধ হইয়াছে, এরূপ প্রমাণ পাওয়া যায়। এরূপ স্থলে মানসিক, শৈরিক ও পৈশিক শক্তির হ্রাস হইয়া অনেকের পুরুষত্বহানিও ঘটে। গাঁজা, তামাক, লেড এবং কুইনাইন দ্বারা শরীর বিষাক্ত হইলে রেটিনাইটিস ও এম্ব্লিওপিয়া প্রভৃতি রোগে চক্ষু অন্ধ হইয়া থাকে; এবং অতিরিক্ত পরিস্রুত সুরাসেবনেও অনেকের এম্বিওপিয়া রোগ জন্মে। লিউকোসিথিমিয়া রোগে রেটিনা হইতে রক্তস্রাব হয়; এবং টিউবার্কিউ-লোসিস রোগে কোরইডে টিউবার্কল হইতে দেখা যায়। কুষ্ঠ রোগেও চক্ষুর পাতায় ক্ষত, এক্ট্রোপিয়ন, কঞ্জংটিভাইটিস, কেরাটাইটিস, কর্ণিয়ায় ক্ষত, আইরাইটিস এবং সিক্লাইটিস প্রভৃতি রোগ ঘটে এবং কখন কখন চক্ষু ধ্বংস হইয়া যায়। নিউরাল্জিয়া প্রভৃতি শৈরিক বেদনায় অপ্টিক নিউরাইটিস প্রভৃতি রোগে চক্ষুর বিলক্ষণ দৃষ্টিহানি ঘটে। হিষ্টিরিয়া রোগেও চক্ষু আক্রান্ত হইয়া থাকে, এবং হার্পিজ জষ্টার রোগে চক্ষুর কর্ণিয়া ও কঞ্জংটাইভা বিলক্ষণ পীড়িত হইয়া পড়ে। অপিচ অর্শ, ইরিসিপিলাস এবং পক্ষাঘাত রোগ-জনিত বিপদও আমরা চক্ষুতে হইতে দেখিয়া থাকি।

চক্ষু-পরীক্ষা। EXAMINATION OF THE EYE

চক্ষু পরীক্ষা করিতে হইলে, রোগীকে কোন জানালা বা দরজার দিকে সম্মুখ করাইয়া এমত ভাবে রাখিবে যে, তাহাতে তাহার চক্ষুতে পরিষ্কার আলোক যেন তির্য্যক্‌ভাবে পতিত হয়। পরে, চিকিৎসক রোগীর সম্মুখে এমত ভাবে দেখিবেন যে, তাঁহার জন্য যেন আলোকের অন্তরাল না হয়; অথচ তিনি চক্ষুর প্রত্যেক স্থান ঐ আলোকে উত্তমরূপে দেখিতে পান। পরে

সেই আলোকে পাতার বাহির দিক, কিনারা ও তথাকার চুল, অক্ষিগোলকের অবস্থান এবং ঔন্নত্য প্রভৃতি বিষয়ে অগ্রে মন দিয়া, পরে নীচের ও উপরের পাতা সাবধানে উভয় হস্তের বৃদ্ধাঙ্গুলি দ্বারা উল্টাইয়া, পাতার ঘনতা, ভিতরের দিকের বর্ণ ও মসৃণতা, শ্বেতক্ষেত্র এবং চক্ষুর কঞ্জংটাইভার বর্ণ ও ঔজ্জ্বল্য, পাতা ও চক্ষুর মিলনস্থান, কর্ণিয়ার স্বচ্ছতা, কুব্জতা, বর্ণ ও মসৃণতা, তারার স্বাভাবিক গোলাকৃতি ও সঙ্কোচন-প্রসারণ, আইরিসের বর্ণ ও গঠন, চক্ষুর কাঠিন্য ও কোমলতা এবং ইতস্ততঃ বিঘূর্ণন, চক্ষু হইতে জলপড়া এবং নাসিকাদিকস্থ কোণে পংটার অবস্থা ইত্যাদি চক্ষুর বাহ্য-বোধগম্য বিষয় সকল চিকিৎসক নিজে দেখিয়া লইবেন। যদি একটী চক্ষু পীড়িত থাকে, তবে সুস্থ চক্ষুর সহিত পীড়িত চক্ষুর অবস্থা তুলনা করিবেন। এই তুলনায় আই-রিসের বর্ণ ও উজ্জ্বলতার সামান্য ব্যত্যয়ও প্রত্যক্ষ হইয়া থাকে, এবং সুস্থ কর্ণিয়া হইতে সামান্যমাত্র পীড়িত কর্ণিয়াও আমাদের দৃষ্টি আকর্ষণ করিতে পারে। পরে অথবা অগ্রেই—

রোগীকে জিজ্ঞাসা করিয়া, তদীয় শারীরিক ইতিপূর্ব্ব-রোগবিবরণ এবং বর্ত্তমান চক্ষুরোগের আনুপূর্ব্বিক বিবরণ, চক্ষুতে বেদনা প্রভৃতির অবস্থিতি ও প্রাবল্য, আলোকে ভয়, দৃষ্টিহানি এবং দৃষ্টিহানির প্রকৃতি, দৃষ্টিক্ষেত্রের পরিমাণ এবং এক অথবা উভয় চক্ষুর পীড়া ইত্যাদি বিষয় অবগত হইতে হয়। যে যে রোগে, চক্ষুর যে যে অঙ্গ যেরূপ লাল ও বিকৃত হয় তাহা,—এবং চক্ষু হইতে জল, পিচুটি বা পূঁজ পড়া, আলোকে ভয়—এবং কোন পদার্থ চক্ষুতে পড়িলে, তাহা সচরাচর কোথায় আবদ্ধ থাকে,—বেদনার প্রকৃতি অর্থাৎ স্পর্শাসহ, যন্ত্রণাপ্রদ, গাঢ়বদ্ধ অথবা জ্বলন-পোড়ন ও করকরানি মাত্র, অথবা চক্ষুতে বা চক্ষুর চারি ধারে,—দৃষ্টির ব্যাঘাত অর্থাৎ হঠাৎ কি সাময়িক, কি স্থায়ী, অল্প বা অধিক, দিবাভাগে কি নিবল আলোকে, ইত্যাদি বিষয় অবগত হইলে, একজন দূরদর্শী চিকিৎসকের পক্ষে, রোগনির্ণয় করিতে সংশয় উপস্থিত হয় না।

অক্ষিপুট পরীক্ষায়, পাতার স্থূলতা, প্রদাহ, প্রদাহজনিত বর্ণব্যত্যয়, এবং পাতার সঞ্চালন ও অবস্থান বিষয়ে মনোযোগ দিতে হয়। উহাতে কখন কখন ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র সিষ্ট (cyst) এবং টিউমার দেখা যায়। পক্ষ্ম সকল কখন কখন ক্ষুদ্র

ও স্থানভ্রষ্ট হইয়া থাকে। উহারা চক্ষুর অভিমুখে যাইলে, তদ্দ্বারা কর্ণিয়া এবং কঞ্জংটাইভা ঘর্ষিত হইয়া চক্ষুতে সমূহ প্রদাহ আনয়ন করিয়া থাকে। একপস্থলে, ঐ সকল পক্ষ্ম অতি ক্ষুদ্র ও শ্বেতবর্ণের হইয়া থাকে; সুতরাং সহজে দৃষ্টিগোচর হয় না।

উপরের পাতার ভিতরদিকে, পাতা ও চক্ষুর মিলনস্থানে বাহ্য পদার্থ অনুসন্ধান করিতে হয়। ধূলি, কুটা, কয়লা, ক্ষুদ্র ধাতু খণ্ড কীট অথবা তাহাদের পাখনা সচরাচর পাতা ও চক্ষুর মধ্যে হঠাৎ যাইয়া বিশেষ বিরক্তি ও কষ্ট প্রদান করে। উপরের পাতার নীচে যাইলে, উহাতে সমধিক কষ্ট হয়; এবং হঠাৎ এই সকল লক্ষণে আমরা বাহ্য পদার্থের পতন অনুভব করিতে পারি। যাহাহউক, ঐ সকল পদার্থ অনুসন্ধান করিতে হইলে, আমাদিগকে প্রথমেই কর্ণিয়ায় অনুসন্ধান করিতে হয়। পরে, নীচের পাতা আস্তে আস্তে উলটাইয়া তথায় এবং তৎপরে উপরের পাতার নীচে অনুসন্ধান করিতে হয়। উপরের পাতার নীচে অনুসন্ধান করা একটু কষ্টকর এবং বিশেষ নিপুণতা আবশ্যক করে। উপরের পাতার কতকগুলি পক্ষ্ম সম্মুখের দিকে টানিয়া উপরের পাতার উপর ধৃত প্রোব অথবা অঙ্গুলির উপর ঐ পাতা উলটাইয়া দিলে, উপরের পাতার নীচে কোন বাহ্য পদার্থ আছে কি না জানিতে পারি। যদি বাহ্য পদার্থ তথায় না থাকে, তবে রেটো-টার্সাল ফোল্ডে অনুসন্ধান করিতে হয়। এস্থলে অনুসন্ধান করিতে একটী ডাইরেক্টরের প্রয়োজন হইয়া থাকে। যদি রোগী ভীত হয় এবং চক্ষু আলোক সহ্য করিতে না পারে, তবে ২। ১ ফোটা কোকেন সলিউশন চক্ষুতে পাতিত করিয়া অনুসন্ধান করা উচিত। কঞ্জংটাইভা আরক্তিম থাকিলে এবং বাহ্য পদার্থের কোন অনুসন্ধান করিতে না পারিলে, ঐ প্রদাহ কেবল কঞ্জংটাইভায় আবদ্ধ অথবা চক্ষুর অভ্যন্তরস্থ অন্যান্য অবয়বও তদ্দ্বারা পীড়িত, কিঞ্চিৎ পরিশ্রম করিয়া তাহা অনুমান করিতে হয়। এই প্রক্রিয়া সহজেই সম্পন্ন হইতে পারে। নীচের পাতার উপর একটী অঙ্গুলি রাখিয়া, সেই পাতা ও অঙ্গুলি দ্বারা কর্ণিয়ার প্রান্তে অল্প চাপ দিয়া শীঘ্র পাতার সহিত অঙ্গুলি নীচের দিকে সরাইয়া লইলে, যদি প্রদাহ কঞ্জংটাইভায় আবদ্ধ থাকে, তবে শিরা সকলের রক্ত সরিয়া যাওয়ায়, কর্ণিয়ার প্রান্ত হইতে এই চাপ দেওয়া স্থানটুকু শ্বেতবর্ণ হইয়া পড়ে। কিন্তু, অভ্যন্তরস্থ অবয়ব পীড়িত থাকিলে,

সিলিয়ারি পেশীর প্রদাহ প্রযুক্ত, ঐ স্থানের কর্ণিয়ার প্রান্ত নীললোহিতবর্ণ হইয়া থাকে। কারণ, ঐ চাপে সিলিয়ারি পেশীর রক্তচলাচল স্থগিত থাকে না।

চক্ষু সর্ব্বদা সজল থাকা, চক্ষু হইতে অনবরত কেবল জলপড়া এবং চক্ষুর কোণে ল্যাক্রিমাল স্যাকের উপর অর্বিকিউলেরিজ পেশীর টেণ্ডনের নীচে চাপ দিলে, এক বিন্দু জল বা পূয় পংটা হইতে নির্গত হওয়া, ল্যাক্রিম্যাল যন্ত্রের পীড়াজ্ঞাপক।

কনভেক্স গ্লাসের মধ্য দিয়া আলোক পাতিত করিলে, কর্ণিয়া উত্তম রূপে দেখা যায়। এই পরীক্ষায় কর্ণিয়ার বর্ণ, ঔজ্জ্বল্য ও ঔন্নত্য দেখিতে হয়, সুতরাং কর্ণিয়ার ক্ষত, দাগ, ফুস্কুড়ি স্ফোটক, রক্তশিরাসমাবেশ সকলই বুঝিতে পারা যায়। কর্ণিয়ার পীড়ায় দৃষ্টিবিশৃঙ্খলা ঘটে। আবার, কর্ণিয়া সুস্থ না থাকিলে, আইরিস ও ক্যাটেরিসার চেম্বার পরীক্ষা করা যায় না।

সুস্থ অবস্থায় ম্যাকিউয়সের কোন বর্ণ অনুভব হয় না, উহা সম্পূর্ণ স্বচ্ছ থাকে। সুতরাং আইরিস ও লেন্স প্রভৃতি পরীক্ষায় কোন বাধা প্রদান করে না। কিন্তু পীড়িত হইলে, প্রদাহক্রমে উহা ঘোলা অথবা রক্ত বা পূয বিশিষ্ট হইয়া থাকে। আইরাইটিস রোগে উহার বর্ণ পরিবর্ত্তিত হওয়ায়, আইরিসেরও বর্ণ পরিবর্ত্তিত দেখায়। অতঃপর আইরিসের বর্ণ উজ্জ্বলতা এবং গঠন বিষয়ে মন দিতে হয়। সুস্থাবস্থায় তারা সম্পূর্ণ গোল থাকে, এবং নিয়মিত-রূপে আলোকান্ধকারে সঙ্কুচিত ও প্রসারিত হয় এবং চক্ষুকে অবাধে নিকট ও দূর দর্শনের উপযোগী করে। তারা আলোকান্ধকারে সঙ্কুচিত ও প্রসারিত হয় কি না, জানিতে হইলে, রোগীকে কোন উজ্জ্বল আলোকের সম্মুখে এরূপে রাখিতে হয়, যেন ঐ আলোক পরীক্ষণীয় চক্ষুতে তির্য্যকভাবে পতিত হয়, এবং তৎসময়ে অপর চক্ষুটী রুমাল বা হস্ত দ্বারা মুদিত রাখিয়া, পরীক্ষক নিজ হস্ত দ্বারা পরীক্ষণীয় তথাবিধ চক্ষুটী বারংবার আবৃত ও অনাবৃত করিয়া তৎসময়ে তারার প্রতি দৃষ্টি রাখিবেন। আইরিস সুস্থ থাকিলে, চক্ষু মুদিত করিলে তারা প্রসারিত, কিন্তু পরক্ষণেই উজ্জ্বল আলোক রেটিনায় পৌঁছিলেই তারা আবার সঙ্কুচিত হইয়া পড়ে। চক্ষু পরীক্ষার সময় তারার এই ক্ষমতার প্রতি বিশেষ লক্ষ্য রাখিতে হয়। চক্ষুগর্ভের প্রায় অনেকানেক অবয়বের পীড়ায় তারার এই ক্ষমতাই আমাদিগকে অনেক অনুসন্ধান বলিয়া দেয়।

অপিচ, এদিকে এক চক্ষু অন্ধ হইলেও অন্য চক্ষুর সুস্থ রেটিনা আলোকোত্তেজিত হইয়া প্রতিফলনক্রমে অন্ধ চক্ষুর তারাকেও ক্ষমতা প্রদান করে। যাহাহউক, [illegible] যে সর্ব্বদাই রেটিনার পীড়াজ্ঞাপক, তাহা নহে।

[illegible] দর্শনোপযোগী কি না, জানিবার জন্য রোগীকে কোন বহু [illegible] নিরীক্ষণ করিতে বলিয়া, তৎপরে তাঁহার চক্ষু হইতে [illegible] কোন বস্তু সহসা দেখিতে বলিতে হয়। ইহাতেও তারা তৎক্ষণাৎ সঙ্কুচিত হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে, তারা আলোকে সঙ্কুচিত না হইলেও উহার দর্শনোপযোগিতা শক্তির কোন ব্যতিক্রম ঘটে না (Argyll-Robertson pupil)। অতঃপর, আইরিস স্থির কি কম্পিত এবং প্রকৃত স্থানে অর্থাৎ লেন্স এবং কর্ণিয়ার মধ্যবর্ত্তী স্থানে অবস্থিত কি না, তদ্বিষয়ে লক্ষ্য করিতে হয়। সন্দেহজনক স্থলে, চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন প্রদান করিলে, সাইনেকিয়া অর্থাৎ লেন্সের সহিত আইরিসের সংযোগ থাকিলে, তারা গোলাকারে প্রসারিত না হইয়া অনিয়মে ইতস্ততঃ প্রসারিত হয়।

পিচুটি ও পূঁজ এবং চক্ষুর জ্বলন-পোড়ন ও করকরানি কঞ্জংটিভাইটিস রোগ-জ্ঞাপক। চক্ষুগর্ভ এবং দৃষ্টিপথের কোন অবয়বের পীড়ায় দৃষ্টিহানি হয়। কর্ণিয়া, আইরিস, সিলিয়ারি বডি ও কোরইডের প্রদাহে চক্ষুতে গাঢ় বেদনা থাকে। এই বেদনা সিলিয়ারি বডি ও চক্ষুর সার্ব্বাঙ্গীন প্রদাহে, অত্যন্ত যন্ত্রণাদায়ক হয়। চক্ষু টিপিলে বেদনা ও চক্ষুর কাঠিন্য এবং সময়ে সময়ে দৃষ্টি-হানি ও আবক্তিমতা এবং দীপালোকের চারিদিকে রামধনুর ন্যায় রঞ্জিত মণ্ডল দেখা, গ্লকোমা রোগের লক্ষণ। যদি চক্ষুতে বেদনা না থাকে, এবং দৃষ্টি ঝাপ্‌সা ও আলোকে ভয় হয়, এবং চক্ষুর শ্বেত-ক্ষেত্রের উপরিস্থ কঞ্জংটাইভা যৎসামান্য লাল হয়, তবে আমরা তাহাকে রেটিনাইটিস রোগের লক্ষণ অনুমান করি। য়্যাস্থিনোপিয়া রোগে, অধিকক্ষণ চক্ষুঃসংযোগে দৃষ্টির গোলোযোগ ঘটে। কিন্তু, কিয়ৎক্ষণ বিশ্রাম দিলে, দৃষ্টি আবার ভাল হয়। মাইওপিয়া রোগে, দৃশ্য-পদার্থ নিকটে অতি স্পষ্ট দেখায়। কিন্তু, ঐ পদার্থ যতই দূরবর্ত্তী হইতে থাকে, দৃষ্টিও তৎসঙ্গে সঙ্গে ততই অস্পষ্ট হয়। নিকট ও দূরে অস্পষ্ট দৃষ্টি এবং উপযুক্ত কনভেক্স চসমায় দৃষ্টির উন্নতি, হাইপারমিট্রোপিয়ার লক্ষণ। নিকটে দৃষ্টির ব্যাঘাত এবং দূরে স্বাভাবিক দৃষ্টি, প্রেসবাইওপিয়া অর্থাৎ চালশের লক্ষণ।

দিবাভাগে দৃষ্টি ঘোলা, কিন্তু রাত্রিকালে ও দুর্দ্দিনে দৃষ্টির উন্নতি ছানির প্রারম্ভ-লক্ষণ। কোন প্রকার সাধারণ চসমায় দৃষ্টির উন্নতি না হইলে ও অন্য কোন রোগ বর্ত্তমান না থাকিলে, য্যাষ্টিগম্যাটিজম রোগের অনুমান করা যায়। য্যাম্বি-ওপিয়া এবং রেটিনা ও কোরইড প্রভৃতি চক্ষুগর্ভস্থ অবয়বের রোগেও চসমায় দৃষ্টির কোন উপকার হয় না। তবে, রোগী বড় বড় অক্ষরাদি পাঠ করিতে না পারিলেও চক্ষুর নিকটে অঙ্গুলি লইলে, তাহা গণনা করিয়া সংখ্যা করিতে পারে। ইহাতেও অশক্ত হইলে, আলোকান্ধকার প্রভেদজ্ঞান থাকে। তদ-ভাবে, চক্ষু জন্মের মত অন্ধ হয়; কোনরূপ চিকিৎসা দ্বারা আরোগ্য করা যায় না। মুদিত থাকিলেও সুস্থ চক্ষুতে আলোকান্ধকার জ্ঞান থাকে। অপিচ, কোন একটী বস্তুকে দুইটী বলিয়া দেখা, অথবা সেই বস্তুর কোন অংশমাত্র দেখাও রোগের পরিচায়ক। যাহাহউক, চক্ষু পরীক্ষা করিবার সময় মূর্ত্তিজ্ঞান বা দৃষ্টির তীক্ষ্ণতা, বর্ণজ্ঞান এবং আলোক জ্ঞান প্রভৃতি রেটিনার ত্রিবিধ কার্য্যের প্রতিও অনুধাবন করিয়া দেখা কর্ত্তব্য।

চক্ষু পরীক্ষা করিবার সময়, রোগীর বয়স অর্থাৎ বালক, বৃদ্ধ, প্রৌঢ় অথবা যুবা, এবং জাতি অর্থাৎ স্ত্রী কি পুরুষ, প্রভৃতি বিষয়ও রোগনির্ণয় করিতে সহায়তা করে।

অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র। (OPHTHALMOSCOPE)

চক্ষুর সম্মুখস্থ অবয়ব সকল কোন প্রকার যন্ত্রের সাহায্য ব্যতীতও সূর্য্যের পরিষ্কার আলোকে দর্শকের বিলক্ষণ দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে। কিন্তু, তারার সঙ্কীর্ণ ছিদ্র দিয়া চক্ষুর গর্ভে যে আলোক প্রবিষ্ট হয়, তাহাতে চক্ষুগর্ভ এমত আলোকিত হয় না যে, তথাকার অবয়ব সকল কোন প্রকার কৌশল ও যন্ত্রের সাহায্য ব্যতিরেকে, কেবল সেই আলোকে প্রত্যক্ষ দৃষ্টিগোচর হইতে পারে। যে যন্ত্র দ্বারা আমরা চক্ষুর গর্ভদেশ স্পষ্টরূপে দর্শন এবং তথাকার অবয়বাদি পরীক্ষা করিতে সমর্থ হই, তাহা অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র নামে প্রসিদ্ধ। জীবিত দেহে ভিট্রিয়স, রেটিনা, দর্শন স্নায়ু ও কোরইড প্রভৃতি অবয়ব এই যন্ত্র ব্যতিরেকে দৃষ্টিগোচর হয় না। পীড়িত চক্ষু পরীক্ষা করিবার পূর্ব্বে,

কিরূপে এই যন্ত্র ব্যবহার করিতে হয়, এবং এতদ্দ্বারা সুস্থ চক্ষুর কিরূপ আকৃতি ও বর্ণ বুঝিতে পারা যায়, তদ্বিষয়ে বিশেষরূপে অভ্যস্ত হওয়া, প্রত্যেক চিকিৎসকের কর্তব্য। এই যন্ত্রের ব্যবহার ও সুস্থাবস্থায় চক্ষুগর্ভের আকৃতি-জ্ঞান বিষয়ে অভিজ্ঞতা না থাকিলে, চক্ষুগর্ভের যাবতীয় পীড়া এবং মেনিঞ্জাইটিস, এঙ্কেফালাইটিস, হাইড্রোকেফালস, সেরিব্রাল হিমরেজ, টিউমার, এপিলেপ্সী, ইন্স্যানিটী, লোকোমোটর অ্যাটাক্সী, নার্ভস্ ফিবার, ক্রণিক হেডাক এবং মায়েলাইটিস প্রভৃতি মস্তিষ্ক ও স্নায়ু-সম্বন্ধীয় কোন পীড়ার সংপ্রাপ্তি বুঝিতে ও তত্তৎ রোগনির্ণয় করিতে, সকল চিকিৎসকই সম্পূর্ণ অপারগ হয়েন।

সচরাচর যে যন্ত্র ব্যবহৃত হয়, তন্মধ্যে রোকুসিয়স, লিব্রিচ, ওল্ডহাম এবং জেহেণ্ডার সাহেবের কৃত এক চক্ষুর দ্বারা দর্শনোপযোগী ক্ষুদ্র ও সর্ব্বত্র বহমান যন্ত্রই প্রসিদ্ধ। কিন্তু ব্যয়কুণ্ঠ না হইলে, আলোকোপযোগী যন্ত্রই (refraction ophthalmoscope) উৎকৃষ্ট। এই যন্ত্রে দর্পণের পশ্চাদ্ভাগে কতকগুলি ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র লেন্স একখানি চক্রে আবদ্ধ আছে। ঐ চক্রে অঙ্গুলির চাপ দিলে, উহা হইতে পরে পরে এক এক খানি লেন্স দর্পণের মধ্যছিদ্রের পশ্চাতে আসিয়া পড়ে। সচরাচর এই যন্ত্রে ১২খানি কনভেক্স এবং ১২খানি কনকেভ অথবা তদপেক্ষা অনেক অধিক অর্থাৎ ২৪খানি বৃত্ত এবং একখানি মাত্র ন্যুব্জ লেন্স থাকে। এই ন্যুব্জ অর্থাৎ কনকেভ লেন্স খানি দর্পণের মধ্যছিদ্রের পশ্চাতে রাখিয়া, পরে একে একে সমস্ত কনভেক্স লেন্স গুলি তাহার পশ্চাতে আনিয়া ফেলিলে ৪৯প্রকার লেন্সের কার্য্য করে। লোরিঙ্গ, কুপার এবং মর্টনের এতন্বিধ যন্ত্রই প্রসিদ্ধ।

অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা চক্ষু-পরীক্ষা-প্রণালী।

অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা চক্ষু পরীক্ষা করিতে একটী অন্ধকারময় গৃহ এবং উজ্জ্বল, স্থির-শিখ ও সবল চিমনি বিশিষ্ট একটী কেরোসীন ল্যাম্পের প্রয়োজন হইয়া থাকে। গোল পূর্ণশিখ গ্যাসের আলোকেও উত্তম পরীক্ষা হইতে পারে, এবং চিকিৎসক সূর্য্যালোকে পরীক্ষা করিতে অভ্যস্ত থাকিলে, তাহাতে সর্ব্বাপেক্ষা স্পষ্ট ও ভ্রান্তিশূন্য পরীক্ষা হইতে পারে

ছাত্রদিগের পক্ষে, বিশেষ তারা ক্ষুদ্র থাকিলে, এবং পীত চিহ্ন ও চক্ষু-গর্ত্তের প্রান্তভাগাদি পরীক্ষা করিতে হইলে, পরীক্ষা করিবার অন্ততঃ ১ ঘণ্টা কাল পূর্ব্বে ক্ষীণ হোময়্যাট্রোপীনের• চাকতি বা লোশন দ্বারা তারাকে প্রসারিত করা উচিত। নতুবা, শিক্ষিত চিকিৎসকদিগের পক্ষে, য়্যাট্রোপীন বিশেষতঃ উগ্র লোশন ব্যবহার করিয়া রোগীকে কিয়দ্দিবস লিখনপঠনাদি কার্য্যে বৃথা কষ্ট দেওয়া কোনমতেই উচিত হয় না। তারা প্রসারিত না করিয়াও চক্ষুগর্ত্তের সাধারণ জ্ঞান লাভ করা যাইতে পারে। বাস্তবিক, অক্ষিবীক্ষণ দ্বারা চক্ষু পরীক্ষা করিতে অভ্যস্ত হইলে, রোগীর বা আলোকের অবস্থানবৈলক্ষণ্য অথবা অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রের ভালমন্দে চক্ষুগর্ত্ত দেখিতে কোনরূপ অসুবিধা ঘটে না। ছাত্রদিগের পক্ষে, চক্ষুরোগ দেখিয়া শিক্ষা না করিয়া অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা সম্মুখবর্ত্তী দৃশ্য পদার্থোপরি আলোক স্থিরভাবে পাতিত করিতে ও ভিন্ন ভিন্ন লেন্স দ্বারা দৃশ্যপদার্থ স্পষ্ট দর্শন করিতে অগ্রে শিক্ষা করা উচিত। তাহা হইলে, চক্ষু পরীক্ষা করিতে কোন কষ্ট ও অসুবিধা উপস্থিত হয় না। অপিচ, চক্ষু পরীক্ষা করিবার সময়ে রোগীকে সেই গৃহের সম্মুখস্থ দূরবর্ত্তী প্রাচীরের কোন নির্দ্দিষ্ট চিহ্নের দিকে কিয়ৎক্ষণ স্থিরদৃষ্টিতে থাকিতে বলিয়া, অর্থাৎ তাঁহার চক্ষু দূরদর্শনোপযোগী করিয়া, তাঁহাকে একটী চক্ষু মুদিত করিতে বলিলে, অপর চক্ষুটীর তারা এত প্রসারিত হইয়া পড়ে যে, তদ্দ্বারা অনায়াসেই অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রের পরীক্ষা হইতে পারে। ইহাতেও ভাল পরীক্ষা না হইলে য়্যাট্রোপীনের ব্যবহার প্রয়োজন হয়। রোগীর এক চক্ষু পীড়িত থাকিলে, অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা উভয় চক্ষুর অবস্থা বিশেষ মনোযোগ পূর্ব্বক তুলনা করিয়া রোগনির্ণয় করা এবং তাহা লিপিবদ্ধ রাখা উচিত।

রোগী একখানি চেয়ারে সরলভাবে মস্তক উন্নত করিয়া সম্মুখবর্ত্তী অপর একখানি চেয়ারে উপবিষ্ট পরীক্ষকের দিকে ঠিক সম্মুখ করিয়া বসিবেন। রোগীর কর্ণের নিকটে ও কিঞ্চিৎ পশ্চাতে উক্ত উজ্জ্বল ও স্থিরশিখ আলোক থাকিবেক। এক্ষণে, রোগী ও পরীক্ষকের চক্ষু এবং দীপশিখা এই তিন যাহাতে পৃথিবীর সহিত সমান্তরভাবে সমসূত্রপাতে থাকে, অথবা চিকিৎসকের চক্ষু কিঞ্চিৎ উর্দ্ধে থাকে, এবং চিকিৎসকের চক্ষু হইতে রোগীর চক্ষু ১৮ বা ২০ ইঞ্চি হইতে অধিক দূরবর্ত্তী না হয়, এরূপ বন্দোবস্ত করিতে হয়। পরীক্ষক

একটী চক্ষু মুদিত করিয়া, এক্ষণে এক হস্ত দ্বারা অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র ধরিয়া উহার মধ্যবর্ত্তী ছিদ্র আপনার অপর চক্ষুর সম্মুখে (যে চক্ষুতে তাঁহার সুবিধা হয়) ও যন্ত্রের ঊর্দ্ধপ্রান্ত ভ্রূদেশে লগ্ন রাখিয়া, এরূপভাবে ধরিবেন যে, উক্ত দীপের আলোক দর্পণোপরি পতিত হইয়া, তাহা রোগীর চক্ষুতে প্রতিফলিত হইবেক এবং তিনি নড়িলে যন্ত্রও তাঁহার সহিত নড়িবেক। রোগীর চক্ষু এইরূপে আলোকিত হইলে, পরীক্ষক যন্ত্রস্থ উক্ত ছিদ্রের মধ্য দিয়া পরোক্ষ অথবা প্রত্যক্ষ উপায়ে চক্ষু পরীক্ষা করিবেন।

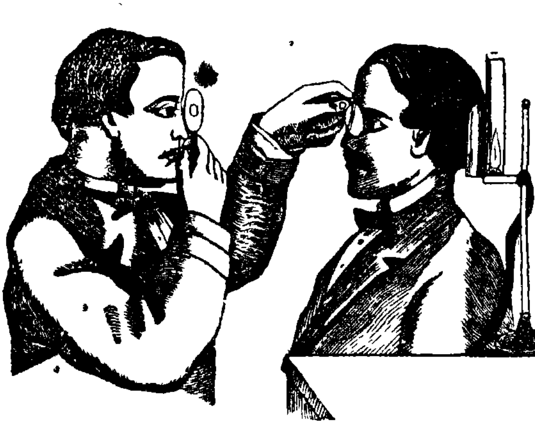
পরোক্ষ উপায়। (INDIRECT METHOD)

পরীক্ষক অপর হস্তে, অঙ্গুষ্ঠ ও তর্জ্জনী অঙ্গুলির মধ্যে ২ অথবা ২॥০ ইঞ্চি ফোকসের এক খানি উভকুব্জ কাচখণ্ড রুগ্ন চক্ষুর কর্ণিয়া হইতে ১॥০ অথবা ২ ইঞ্চি অন্তরে অল্প তির্য্যক ভাবে ধৃত করিয়া, সেই চক্ষুকে স্থির ও বিস্ফারিত রাখিবার নিমিত্ত অপরাপর অঙ্গুলিগুলি রোগীর ললাট দেশে নিহিত রাখিবেন। পরে দক্ষিণ চক্ষু পরীক্ষায় দক্ষিণ হস্তে এবং বাম চক্ষু পরীক্ষায় বাম হস্তে যন্ত্রের দর্পণ খানি রোগীর চক্ষু হইতে আপন চক্ষু প্রায় ১৫ ইঞ্চি দূরে রাখিয়া ধরিবেন। পরীক্ষক চসমা ব্যবহার করিলে, তদ্রূপ লেন্স দর্পণের পশ্চাতে পরাইবেন। কেহ কেহ ৪ ডায়প্টার কনভেক্স লেন্স দর্পণের পশ্চাতে পরাইয়া সহজে ও শীঘ্র উত্তম দেখিতে পান। এক্ষণে, তিনি আবশ্যকমতে আপন মস্তক সম্মুখ অথবা পশ্চাদ্দিকে কিঞ্চিৎ সরাইলে, পরীক্ষণীয় চক্ষুর গর্ত্তস্থ সমস্ত অবয়ব শূন্য মার্গে অর্থাৎ পরীক্ষকের চক্ষু হইতে প্রায় ১০ ইঞ্চি দূরে এবং ধৃত লেন্স খানি হইতে প্রায় ২।৩ ইঞ্চি সম্মুখে দেখিতে পান। গর্ত্তস্থ অবয়বের এই আকৃতি উলটা দেখায়, অর্থাৎ উহার ঊর্দ্ধদেশ অধোদিকে এবং অধোদেশ ঊর্দ্ধ দিকে থাকে; এবং উহা উক্ত উভন্যুব্জ কাচখণ্ডের বৃহৎ দেখাইবার ক্ষমতা এবং চক্ষুর আলোকোপযোগিতা অনুসারে প্রায় ৫।৬ ডায়প্টার বড় দেখায়। সুক্ষ্ম পরীক্ষাস্থলে, য়্যাট্রোপিন প্রয়োগে তারা প্রসারিত থাকিলে, এই পরীক্ষায় আমরা দৃষ্টিমাত্রেই অপ্টিক ডিস্ক এবং তাহার চতুস্পার্শ্ব উত্তমরূপে দেখিয়া লই।

অপ্‌টিক ডিস্ক্ দেখিতে হইলে, পরীক্ষণীয় চক্ষুর দৃষ্টি (মস্তক স্থির রাখিয়া) তদ্বিপরীত দিকস্থ চিকিৎসকের কর্ণে (বাম চক্ষু বাম কর্ণে এবং দক্ষিণ চক্ষু

দক্ষিণ কর্ণে) ন্যস্ত রাখিতে হয়। তাহা হইলেই ডিস্ক্ পরীক্ষকের সম্মুখীন হইয়া দৃষ্টিগোচর হইতে পারে। চক্ষুর সমস্ত গর্ব্ভদেশ লোহিত বর্ণ দেখায়; কিন্তু তন্মধ্যে ডিস্ক্ অসম্পূর্ণ গোলাকার এবং ঈষৎ আরক্ত পাংশু-শ্বেতবর্ণ। কিন্তু ডিস্কের বর্ণ স্থানভেদে দ্বিবিধ অর্থাৎ মধ্যস্থান সর্ব্বাপেক্ষা শ্বেত। কেবল চতুষ্পার্শ্ববর্ত্তী স্থান আরক্ত পাংশু-শ্বেতবর্ণ। অনেকানেক স্থলে, বিশেষতঃ বৃদ্ধ ব্যক্তিদিগের চক্ষুতে এই ডিস্কের চতুর্দ্দিকে আমরা যে আর একটী বিরলবর্ণ সঙ্কীর্ণ সীমারেখা দেখিতে পাই, তাহা স্ক্লেরটিকের প্রান্ত (scleral ring) অর্থাৎ ঐ স্থানেই অপ্টিক নার্ভ স্ক্লেরটিকের সহিত সংমিলিত হইয়াছে। ডিস্কের উপরি দিয়া বহুসংখ্যক রক্তশিরা রেটিনার ভিন্ন ভিন্ন স্থানে গমন করে, সুতরাং চক্ষু-পরীক্ষার সময় ডিস্ক্ দেখিতে না পাইলে, যে দিকে এই সকল শিরা কেন্দ্রায়িত হইতেছে, তাহা অনুসরণ করিয়া দেখিয়া গেলে, ডিস্ক্ দেখিতে পাওয়া যায়। কারণ, উহারা ডিস্কের শ্বেতবর্ণ মধ্যস্থলেই কেন্দ্রায়িত হইয়া থাকে। ডিস্ক্ পরীক্ষার সময় ডিস্কের বর্ণ, উপবিভাগ ও প্রান্তভাগের আকৃতি, এবং শিরা সকলের গতি ও আকৃতি, দেখিয়া লইতে হয়।

নিম্নস্থ চিত্র দেখ।



পীত চিহ্ন পরীক্ষা করিতে হইলে, চিকিৎসকের চক্ষুদ্বয়ের উপর রোগীর চক্ষুদ্বয়ের দৃষ্টি সরলভাবে নিধান করা উচিত। যাহা হউক, কখন কখন কর্ণিয়া হইতে অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রের প্রতিফলিত উজ্জ্বল আলোক ছাত্রদিগকে চক্ষুর গর্ব্ভদেশ

দেখিতে বাধা প্রদান করে। এরূপ স্থলে, অব্‌জেক্ট লেন্সকে কিঞ্চিৎ ইতস্ততঃ কাত করিয়া ফিরাইলে সেই বাধা অপনীত হইয়া থাকে।

প্রত্যক্ষ উপায়। (DIRECT METHOD.)

এইরূপ পরীক্ষায় পরীক্ষককে রুগ্ন চক্ষুর অতি নিকটে অর্থাৎ ।।৹ অথবা ২ ইঞ্চি অন্তরে আপন চক্ষু লইয়া পরীক্ষা করিতে হয়, কিন্তু রুগ্ন চক্ষুর সম্মুখে অব্‌জেক্ট লেন্স ধরিতে হয় না। দক্ষিণ চক্ষুর দ্বারা দক্ষিণ চক্ষু এবং বাম চক্ষু দ্বারা বাম চক্ষু পরীক্ষা করা যায়, সুতরাং আলোক পরীক্ষণীয় চক্ষুর পার্শ্বে রাখিতে হয় এবং পরীক্ষককে সেই সেই দিকে একটু সরিয়া অর্থাৎ বাম চক্ষুর সম্মুখে বাম চক্ষু এবং দক্ষিণ চক্ষুপরীক্ষার সময় দক্ষিণ চক্ষুর সম্মুখে দক্ষিণ চক্ষু রাখিয়া বসিতে হয়। এইরূপ পরীক্ষায় কোক্‌সিয়স ও জেহেণ্ডারের যন্ত্র ব্যবহার শ্রেয়ঃ এবং ইহাতে তারা বিলক্ষণ প্রসারিত থাকা উচিত। রোগী কিম্বা চিকিৎসকের দূরদৃষ্টি বা নিকটদৃষ্টি দোষ থাকিলে, যন্ত্রস্থিত একখানি উপযুক্ত কনভেক্স বা কনকেভ লেন্স অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রের পশ্চাতে লগ্ন করিয়া, সেই সেই দোষ দূর করা বিধেয়।

এইরূপ পরীক্ষায়, রোগী নিকটদৃষ্টি না হইলে, আমরা চক্ষু-গর্ব্ভের সোজা প্রতিমূর্ত্তি অর্থাৎ উর্দ্ধদেশ উর্দ্ধদিকে এবং অধোদেশ অধোদিকে দেখিতে পাই। কিন্তু, এই প্রতিমূর্ত্তি চক্ষু-গর্ব্ভের স্বাভাবিক আকৃতি অপেক্ষা অনেক (প্রায় ১৫ ডায়প্টার) বৃহৎ; সুতরাং এতদ্দ্বারা তথাকার সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম অংশ স্বস্থানে অতি স্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায় বলিয়া, পূর্ব্বোক্ত পরীক্ষায় কোন সংশয় উপস্থিত হইলে, এতদ্দ্বারা তাহা দূর হইতে পারে। এতদ্দ্বারা ভিট্রিয়সের অস্বচ্ছতা, কর্ণিয়া, লেন্স ও আইরিসের অবস্থা, রেটিনার বিশ্লেষ এবং চক্ষু আলোকোপযোগী কি না, তাহা অতি সুন্দররূপে পরীক্ষা হয়। বাস্তবিক, এই পরীক্ষা অতি সুন্দর। কিন্তু, এই পরীক্ষা অপেক্ষাকৃত কিঞ্চিৎ কষ্টসাধ্য, বিশেষতঃ সকল রোগীর মুখমণ্ডলের এত সম্মুখীন হইতেও পরীক্ষকের ইচ্ছা হয় না। এই পরীক্ষা দ্বারা ভিট্রিয়সের অস্বচ্ছতা বিলক্ষণ বুঝিতে পারা যায়, এবং তৎসময়ে ৮ ডায়প্টারের কনভেক্স লেন্স যন্ত্রের পশ্চাতে লগ্ন রাখিতে হয়। লেন্স এবং কর্ণিয়ার অবস্থাও এতদ্দ্বারা বিলক্ষণ অবগত হওয়া যায়, এবং তৎসময়ে ১০ ডায়প্টারের কনভেক্স লেন্স যন্ত্রের পশ্চাতে লগ্ন রাখিতে হয়।

আলোক কেন্দ্রায়িত করিয়া চক্ষু-পরীক্ষা। FOCAL ILLUMINATION.

তারা বিলক্ষণ প্রসারিত হইলে, রোগীর পার্শ্ব হইতে ২ ফুট দূরে এবং সেই পার্শ্বের কিঞ্চিৎ সম্মুখে আলোক রাখিয়া, রোগীর চক্ষু ও দীপশিখা পৃথিবীর সমান্তরভাবে সমসূত্রে রাখিতে হয়। এক্ষণে, ২ ইঞ্চি ফোকসের একখানি কন্‌ভেক্স লেন্স ধরিয়া রুগ্ন চক্ষুতে আলোক কেন্দ্রায়িত করিতে হয়। অপিচ, দৃশ্য পদার্থ বৃহৎ দেখিবার নিমিত্ত, অপর একখানি তদ্রূপ কন্‌ভেক্স লেন্স রোগীর চক্ষুর সম্মুখে ধরিয়া ও তাহাকে এদিক ওদিক ফিরাইয়া, একে একে কর্ণিয়া, আইরিস ও লেন্স প্রভৃতির অবস্থা বিশেষরূপে অবগত হওয়া উচিত। এ্যান্টেরিয়র চেম্বারে কোন পদার্থ থাকিলে, তারা অবরুদ্ধ হইলে, এবং কর্ণিয়ার উপরি ও পশ্চাদ্ভাগে পাতলা অস্বচ্ছতা জন্মিলে, এই উপায়েই তাহা দৃষ্টিগোচর হইতে পারে। সূর্য্যালোকেও এবম্বিধ পরীক্ষা হয়।

ধারাবাহিক পরীক্ষা। (SYSTEMATIC EXAMINATION)

অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা চক্ষু পরীক্ষা করিতে হইলে, সকল স্থলেই ধারাবাহিক পরীক্ষা করাই উচিত। এই জন্য প্রথমে আলোক কেন্দ্রায়িত করিয়া কর্ণিয়া, আইরিস এবং লেন্সের অবস্থা জ্ঞাত হওয়া উচিত। পরে, অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র লইয়া দেখিবে যে, দূরে চক্ষুগর্ত্তের আকৃতি দেখা যায় কি না? যদি কেবল রক্তশিরা অথবা ডিস্কের কোন অংশ দেখা যায়, তবে রোগী হাইপারমিট্রোপিয়া অথবা মাইওপিয়া রোগগ্রস্ত। যদি হাইপারমিট্রোপিয়া রোগগ্রস্ত হয়, তবে পরীক্ষক কোন পার্শ্বে মস্তক সরাইলে শিরাও তাহাকে সরিয়া যাইবে। কিন্তু মাইওপিয়া রোগগ্রস্ত হইলে, তদ্বিপরীত দিকে সরিবে অর্থাৎ উল্টা আকৃতি দেখাইবে। অতঃপর রোগীকে শীঘ্র শীঘ্র ঊর্দ্ধ এবং অধো দিকে দৃষ্টিক্ষেপ করিতে এবং সম্মুখে পরীক্ষকের দিকে তাকাইতে বলিয়া, ভিট্রিয়সে কোনরূপ অস্বচ্ছতা ভাসমান আছে কি না, তাহা দেখিবে। তৎপরে পরোক্ষ উপায়ে পরীক্ষা করিয়া প্রত্যক্ষ উপায়ে পরীক্ষা করিবে। অধুনা, চক্ষুচিকিৎসক মাত্রেই প্রত্যক্ষ উপায়ে পরীক্ষা করিতে ভাল বাসেন। কিন্তু, প্রত্যক্ষ ও পরোক্ষ উভয়বিধ উপায়ে পরীক্ষা করিলে, পরীক্ষায় কোনরূপ ভ্রম থাকে না।

সুস্থ চক্ষুগর্ভের আকৃতিজ্ঞান। OPHTHALMOSCOPIC APPEARANCES.

ব্যক্তিগত বৈষম্যসত্ত্বেও ভারতবর্ষবাসী ও অন্যান্য কৃষ্ণবর্ণ ব্যক্তিদিগের চক্ষুগর্ভের তলদেশ অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিলে, ঈষৎ পাটল পাংশুবর্ণ, এবং ইউরোপবাসী ও অন্যান্য শ্বেতকায় ব্যক্তিদিগের আরক্ত কমলা লেবুর বর্ণের ন্যায় বলিয়া বোধ হয়। বাঙ্গালিদিগের পাংশুবর্ণ, কিন্তু মান্দ্রাজিদিগের উক্তস্থান কৃষ্ণবর্ণ। নরওয়ে প্রভৃতি উত্তরাঞ্চলবাসী বর্ণহীন ব্যক্তিদিগের চক্ষুগর্ভের তলদেশ উজ্জ্বল লোহিতবর্ণ। স্পেন, ইটালি প্রভৃতি দেশবাসিদিগের অপেক্ষাকৃত মলিন এবং প্রায়ই ভারতবর্ষবাসিদিগের ন্যায় দেখায়।

কোরইডের পিগ্‌মেণ্টের তারতম্যানুসারে এই বর্ণব্যত্যয় ঘটে। রেটিনা ও কোরইডের রক্তশিরা সকল হইতে আলোক প্রতিফলিত হইয়া, প্রত্যেক ব্যক্তির রেটিনা ও কোরইডের ষট্‌কোণী কোষ সকলে ন্যস্ত পিগ্‌মেণ্টের অনুসারে ও তন্নিম্নবর্ত্তী স্ক্লেরটিকের শ্বেতবর্ণে, উজ্জ্বল লোহিত, গাঢ়-লোহিত, পাংশু-লোহিত প্রভৃতি বর্ণব্যত্যয় হয়। কোরইডের ইপিথিলীয়াল স্তরে এবং ষ্ট্রোমা অর্থাৎ বাহ্য ও অন্তরাবয়বে পিগ্‌মেণ্টের গাঢ়তা হইলে, উহার রক্তশিরা সকল দৃষ্টিগোচর হয় না। ইপিথিলীয়াল স্তরে অল্প এবং ষ্ট্রোমায় অধিক পিগ্‌মেণ্ট থাকিলে, ঐ সকল শিরা লোহিত বর্ণ ফিতার ন্যায় দেখায়, তবে মধ্যে মধ্যে কৃষ্ণবর্ণে আচ্ছাদিত থাকে। ষ্ট্রোমায় অল্প এবং ইপিথিলীয়াল স্তরে অধিক পিগ্‌মেণ্ট থাকিলে, এবং বস্তু বৃহৎ দেখাইবার (ম্যাগ্‌নিফায়িং) গ্লাস দিয়া দেখিলে, ইপিথিলীয়াল স্তরে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র কৃষ্ণবর্ণ চিহ্ন চক্ষুগর্ভের সর্ব্বত্র সমভাবে আবৃত আছে বলিয়া দৃষ্টিগোচর হয়। আলোকাধিক্য এবং বয়সের অল্পতায় চক্ষুগর্ভের তলদেশীয় লোহিত বর্ণের ঔজ্জ্বল্যবৃদ্ধি ও বর্ণের সর্ব্বতঃসমভাবাদি নিরীক্ষিত হইয়া থাকে।

রেটিনা অতিশয় স্বচ্ছাবিল তথা হইতে আলোক প্রায়ই প্রতিফলিত হয় না বলিয়া, অতিশয় পিঙ্গলাক্ষ ইউরোপবাসিদিগের বিরলবর্ণ চক্ষুগর্ভে এই রেটিনা প্রায়ই দৃষ্টিগোচর হয় না। কিন্তু ভারবর্ষবাসিদিগের ন্যায় চক্ষুগর্ভের বর্ণ গাঢ় হইলে, উহা একখানি অতি পাতলা পাংশুবর্ণ স্তর অথবা তৎপশ্চাদ্বর্ত্তী কোরইডের পাংশুবর্ণ আভা বলিয়া দৃষ্টিগোচর হয়। বিশেষ অনুধাবন না করিলে, ম্যাকিউলা লুটিয়া (পীত চিহ্ন) দেখা যায় না, এবং পীড়িত

হইয়া ভারতবর্ষবাসিদিগের চক্ষুগর্ভ ইউরোপবাসিদিগের ন্যায় দেখাইতে পারে।

অপ্‌টিক ডিস্ক্‌ (OPTIC DISC OR PAPILLA)।—অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা চক্ষুর গর্ভস্থ তলদেশ পরীক্ষা করিবার সময়, কর্ণিয়া-রেটিনা ব্যাসরেখার প্রায় ১/৮ ইঞ্চি নাসিকাদিকে প্রথমেই ডিস্ক দেখিতে পাওয়া যায়। আকৃতি, বর্ণ ও আয়তনে সুস্থাবস্থাতেও উহা বহুবিধ। ডিস্কের আকার গোল, কিন্তু অপ্টিক নার্ভ ও প্যাপিলা পাশাপাশি এই স্থানে চক্ষুর অভ্যন্তরে বিস্তৃত হইয়া পড়ায় এবং আমরা প্রায়ই অল্প বা অধিক তির্য্যক-ভাবে দেখি বলিয়া, উহা সচরাচর ঊর্দ্ধাধঃ অণ্ডাকার দেখায়। কিন্তু, কোন প্রকার পীড়া ব্যতীত উহা এক পার্শ্ব হইতে অপর পার্শ্বে অণ্ডাকার হয় না। অপিচ, বস্তু বৃহৎ দেখাইবার কাচ অনুসারে উহার আয়তনেরও তারতম্য দেখা যায়। সচরাচর উহার বর্ণ স্বচ্ছ নীলাভ-পাংশু-লোহিত। কিন্তু, কোরইডের পিগমেণ্ট অনুসারে উহার বর্ণব্যত্যয় ঘটে। কৃষ্ণবর্ণ চক্ষুর ডিস্ক্‌ শ্বেত ও উজ্জ্বল। শ্বেতকায় ইউরোপবাসিদিগের কটা চক্ষুর ডিস্ক্‌ গোলাপী অথবা শ্বেতপীত বর্ণ। ডিস্কের পরিধিভাগ স্পষ্ট সীমাবদ্ধ। কিন্তু, এই পরিধি প্রথমে একটী পাংশু রেখা (দর্শন স্নায়ুর প্রকৃত সীমা) দ্বারা, তৎপরেই স্ক্লেরটিক রিঙের প্রশস্ত শ্বেত রেখা দ্বারা, এবং পরিশেষে কোরইড প্রবেশের সর্ব্বতঃ অসম গাঢ় প্যাংশু রেখা দ্বারা সীমাবদ্ধ। এই শেষোক্ত সীমার অসম আকৃতি ও বর্ণ দেখিয়া, তাহা কোন পীড়াজনিত বলিয়া ছাত্রদিগের ভ্রম হইতে পারে। ডিস্কের কেন্দ্রস্থল কিঞ্চিৎ মগ্ন অর্থাৎ টোল খাওয়া এবং পার্শ্ববর্ত্তী স্থান অপেক্ষা বিরল-বর্ণ।

যেখানে ল্যামিনা ক্রিব্রোজা শেষ হইয়াছে, তথায় অপ্টিক নার্ভ কিঞ্চিৎ সরু হইয়াছে, এবং কোরইডের সঙ্কীর্ণ প্রবেশপথে উহার চতুষ্পার্শ্বে একটী কোরইডের, অপরটী স্ক্লেরটিকের, দুইটী গোল কিনারা দেখা যায়। কোরইডের কিনারা কৃষ্ণবর্ণ এবং ডিস্কের বহিঃপ্রান্তে প্রায়ই দৃষ্টিগোচর হয়। এই কিনারা এবং স্ক্লেরটিকের উজ্জ্বল কিনারা এই দুই কিনারার মধ্যবর্ত্তী অতিসূক্ষ্ম পাংশুবর্ণের রেখাই প্রকৃত স্নায়ুসীমা নামে খ্যাত এবং সুস্থাবস্থায় প্রায়ই দৃষ্টিগোচর হয় না।

সচবাচর ডিস্কের মধ্যস্থান হইতেই রেটিনার রক্তশিরা সকল আগমন করে। এই রক্তশিরা সকলের সংখ্যা, গতি ও বিভাগেরও প্রভেদ আছে। অপ্টিক ডিস্কের যে স্থান ভেদ করিয়া রেটিনার কৈন্দ্রিক ধমনী ও শিরা চক্ষুর অভ্যন্তরে প্রবেশ করে, তাহা সকল ব্যক্তির পক্ষে সমস্থানীয় নহে। সাধারণত প্যাপিলার টোলখাওয়া শ্বেতবর্ণ মধ্যস্থান ভেদ করিয়াই ধমনী (artery) আগমন করে। পরে, ডিস্ক অতিক্রম করিয়া দুই দলে বিভক্ত হয়; এবং রেটিনার পরিধির দিকে ইতস্ততঃ শাখাপ্রশাখায় বিস্তৃত দেখা যায়। এই কৈন্দ্রিক ধমনী ডিস্কের অন্য স্থান ভেদ করিয়াও আসিতে পারে এবং প্রায়ই উহার দুই একটী বৃহৎ শাখা প্যাপিলার কেন্দ্রস্থানে দেখা যায় এবং অন্যান্য শাখা সকল ডিস্কের পরিধি ভাগ অতিক্রম করিয়া গমন করে। কিন্তু প্রধান প্রধান শিরা সকল উর্দ্ধ এবং অধোদিকেই গমন করে। নাসিকা ও কর্ণ দিকে কেবল ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র শিরা সকলই গমন করে: অর্থাৎ সচবাচর উর্দ্ধ দিকে ১টী আর্টারি ও ২টী ভেইন্স, এবং অধোদিকে ১টী আর্টারি ২টী ভেইন্স গমন করে। কিন্তু, কখন কখন দুইটী করিয়া আর্টারিও দেখা যায়। ভেইন্স অপেক্ষা আর্টারি সকল অধিক পাতলা, সরল এবং বিরলবর্ণ ও গোলাকার। উহাদের কেন্দ্রদেশ দুই পার্শ্ব অপেক্ষা স্বচ্ছ বলিয়া বোধ হয়, সুতরাং উহাদের প্রত্যেকেরই বর্ণ দ্বিবিধ। আর, ভেইন্স সকল আর্টারি সকল অপেক্ষা অধিক ঘোরাল ও বক্রগামী।

চক্ষুগর্ভ পরীক্ষা করিতে বিশেষ অভ্যস্ত না হইলে, আমরা শিরা সকলের স্থূলতার ব্যতিক্রম বুঝিতে পারি না। যন্ত্রস্থ কাচ খণ্ডের বৃহৎ দেখাইবার শক্তি অনুসারে উহা বিভিন্নাকার হইয়া থাকে। আমরা পুস্তকে রেটিনার শিরা সকল পূর্ণ এবং শূন্যগর্ভ প্রভৃতি বিবরণ যাহা পাঠ করি, বাস্তবিক তাহা অনুধাবন করা অতি কঠিন কার্য্য।

ডিস্কের কেন্দ্রস্থান অর্থাৎ যেস্থান দিয়া রেটিনার রক্তশিরা সকল আগমন করে, তাহা একটী ক্ষুদ্র গর্ত্ত বা টোল খাওয়া বলিয়া বোধ হয়। মৃত্যু পর্য্যন্ত এই মধ্য স্থানের কোন ব্যতিক্রম ঘটে না। উহার প্রান্ত হইতে তলদেশ, একেবারে গভীর না হইয়া ক্রমশঃ ঢালু। তথাকার ভেসেল্‌স সকলের বর্ণ কিঞ্চিৎ পাতলা। গ্লুকোমা রোগে, একবিধ স্বাভাবিক এবং তদ্রোগজ

অস্বাভাবিক উভয়বিধ মগ্ন স্থানের বিভিন্নতা স্পষ্ট অনুভূত হইয়া থাকে। ডিস্কের এই স্বাভাবিক মগ্ন স্থানের শ্বেতবর্ণ সুস্পষ্ট নিরীক্ষিত হয়। ডিস্কের কর্ণদিকস্থ বিভাগের বর্ণ পাংশু-শ্বেত; কিন্তু নাসিকাদিকস্থ বিভাগের বর্ণ অপেক্ষাকৃত কিঞ্চিৎ লোহিত।

বিলক্ষণ অনুধাবন করিয়া দেখিলে, সুস্থ চক্ষুতে কৈন্দ্রিক রক্তশিরার স্পষ্ট পল্‌সেশন বা গতি স্বতঃ উৎপন্ন হইতে দেখা যায়। অক্ষিগোলকোপরি অঙ্গুলি দ্বারা ক্রমান্বয়ে সামান্য চাপ দিতে থাকিলে, উহা আরো স্পষ্ট অনুভূত হয়। কিন্তু, ডিস্কের বহির্ভাগে, অথবা অধিক চাপ পড়িলে, উহা অনুভূত হয় না। অধিক চাপ দিলে, রক্ত চলাচল রুদ্ধ হওয়ায় শিরা সকলও দৃষ্টিগোচর হয় না। এই পলসেশনে ক্রমান্বয়ে রক্তশিরার স্থূলতার হ্রাস ও পুনঃপূরণ ঘটে; অর্থাৎ ডিস্কের কেন্দ্র হইতে পরিধি পর্য্যন্ত রক্তশিরা একবার খালি হয়, এবং তৎপরক্ষণেই পরিধি হইতে কেন্দ্র পর্য্যন্ত রক্তশিরা পুনঃপূর্ণ হয়; এবং পুনঃপুনঃ এইরূপ খালি ও পূর্ণ হইতে থাকে। ইহাকেই উহার গতি বা পল্‌সেশন কহে। কিন্তু, অক্ষিগোলকে চাপ না দিলে, আর্টারির পলসেশন্ সুস্থ চক্ষুতে কখনই স্বতঃ অনুভূত হয় না। গ্লকোমা প্রভৃতি রোগে চক্ষুর আভ্যন্তরিক চাপ বৃদ্ধি হইয়া, এই আর্টারির স্বতঃ পল্‌সেশনও দৃষ্টিগোচর হয়।

রেটিনা (RETINA)।—রেটিনা যেরূপ স্বচ্ছ অবয়ব তাহাতে অক্ষিবীক্ষণ দ্বারা পরীক্ষার সময় তন্নিম্নবর্ত্তী কোরইডের ঘোর উজ্জ্বল নীলবর্ণ প্রতিফলিত হইয়া ইউরোপবাসিদিগের চক্ষুতে উহা প্রায়ই অনুভূত হয় না। কিন্তু, ভারতবর্ষবাসিদিগের চক্ষুতে উহা একখানি ধূসরবর্ণ পাতলা স্তর বলিয়া বোধ হয়, এবং উহা কৃষ্ণবর্ণ ষট্‌কোণী কোষ সকলের উপর অপ্টিক ডিস্কের পরিধি হইতে ওরা সিরেটা পর্য্যন্ত বিস্তৃত থাকে।

যন্ত্র দ্বারা চক্ষু পরীক্ষা করিতে বিশেষ অভ্যস্ত না হইলে, ছাত্রেরা প্রায়ই ম্যাকিউলা লুটিয়া চিনিতে পারে না। দৃষ্টিপথের ব্যাসরেখাক্রমেই উহার অবস্থান। উহার উপর ও নীচের দিকে রেটিনার রক্তশিরা সকল গতিবিধি করে; কিন্তু উহার উপর দিয়া কখন গমন করে না। উহা রেটিনার উপর অল্প টোল খাওয়া স্থান; তথাকার বর্ণ রক্তাভ পাটল এবং ডিস্কের ন্যায় গোলাকারে সীমাবদ্ধ। কোন কোন চক্ষুতে উহা লোহিতবর্ণ দাগ বলিয়া

অনুভূত হয়? এবং তাহার চারিদিকে একটী পীতাভ বেষ্টন থাকে। ম্যাকিউলা লুটিয়া আলোক সহ্য করিতে পারে না বলিয়া, সুস্থ চক্ষুতে উহা দর্শন করা প্রায়ই ঘটে না।

কোরইড (CHOROID)।—কোরইডের ভিট্রিয়া স্তরের নীচেই এক প্রস্থ কৈশিক রক্তশিরা স্তর; এবং এই স্তর ও স্ক্লেরটিকের মধ্যবর্ত্তী স্থানে কোরইডের ভিনা ভর্টিকসি এবং বড় বড় শাখাপ্রশাখায় বিভক্ত বর্ণকোষ সকল অবস্থিত। এই নিমিত্ত যখন চক্ষু পরীক্ষার সময় আলোক রেটিনার পশ্চাদ্বর্ত্তী কৈশিক রক্তশিরা স্তরে পতিত হয়, তখন তাহাতে উরোপবাসিদিগের চক্ষুগর্ত্তের বর্ণ লোহিত হইয়া থাকে। শ্বেতী মনুষ্য এবং যে সকল মনুষ্যের কোরইডে বর্ণ নাই, তথায় শিরাস্তরের বৃহৎ বৃহৎ শিরা সকল দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে। কোরইডের রক্তশিরা স্তর এবং বর্ণদ স্তরের অবস্থান প্রযুক্ত, চক্ষুগর্ত্ত দিয়া স্ক্লেরটিক দর্শন করা যায় না। তবে, পীড়াপ্রযুক্ত কোরইড চুপসিয়া যাইলে বা উহার কোন স্থান বিনষ্ট হইলে, তথায় স্ক্লেরটিকের উজ্জ্বল শ্বেতবর্ণ দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে। সুস্থ চক্ষুতে কর্ণিয়া, হ্যাকিউয়স, লেন্স এবং ভিট্রিয়স সম্পূর্ণ স্বচ্ছ বলিয়া তথা হইতে আলোক প্রতিফলিত হয় না; সুতরাং এই সকল অবয়ব অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা দৃষ্টিগোচর হয় না।

চক্ষুর বিতান (TENSION)।—ধারাবাহিক পরীক্ষায় চক্ষুর বিতান পরীক্ষা করাও উচিত। চক্ষুর বিতান পরীক্ষা করিতে হইলে, রোগীকে চক্ষু মুদিত করিতে ও তদবস্থায় নীচের দিকে অক্ষিগোলক ফিরাইতে বলিয়া, পরীক্ষক অক্ষিগোলকের বহির্দ্দিকে এক হস্তের বৃদ্ধাঙ্গুলি দ্বারা চক্ষু স্থিরভাবে আটকাইয়া অপর হস্তের তর্জ্জনী অঙ্গুলি দ্বারা, অন্য স্থানের ফ্লুকচুয়েশন পরীক্ষার ন্যায়, উক্ত মুদিত চক্ষুর অপর দিকে পর্য্যায়ক্রমে মৃদু মৃদু চাপ দিতে থাকিলে, চক্ষু যে পরিমাণে সেই চাপের প্রতিরোধ প্রদান করে অর্থাৎ চক্ষু যদ্রূপ আঁটাল-সাঁটাল ও নরম বোধ হয়, তাহাই চক্ষুর বিতান শব্দে ব্যক্ত হয়। সুস্থ চক্ষু উক্ত চাপে নরম বোধ হয় এবং উহার অবয়বাদি সামান্য মাত্র টোল খাইতেও পারে, কিন্তু তলতলে অথবা প্রস্তরস্পর্শবৎ কঠিন বোধ হয় না। গ্লকোমা রোগে উহা এইরূপ কঠিন বোধ হয়, এবং কতিপয় অপকর্ষক রোগে উহা বিলক্ষণ তলতলে হইয়া পড়ে। চক্ষুর এই উভয়বিধ বিতানই দৃষ্টিঘাতক। ডাং বোম্যান

সাহেব +যোগ ও—বিযোগ এই দুই সাঙ্কেতিক চিহ্নের পরে ১, ২ ও ৩ অঙ্ক লিখিয়া চক্ষুর ক্রমবর্দ্ধমান ও ক্রম-হ্রসমান বিতান নির্দ্দেশ করেন। যথা, স্বা বি অর্থাৎ চক্ষুর স্বাভাবিক বিতান। বি+১ অর্থাৎ বিতান অল্প বৃদ্ধি পাইয়াছে। বি+৩, বিতান সমূহ বৃদ্ধি পাইয়াছে অর্থাৎ চক্ষু প্রস্তরস্পর্শবৎ কঠিন বোধ হইতেছে। এই অবস্থায় অঙ্গুলি চাপে উহার অবয়বাদি কোনক্রমে টোল খাইয়া যায় না। এইরূপে চক্ষু চুপসিয়া যাইলে, এবং তাহাতে উহার অবয়বাদি যথাবৎ থাকিয়া বিলক্ষণ নরম ও তলতলে বোধ হইলে, তাহা বি—৩ এই শব্দে ব্যক্ত হয়। যাহাহউক, রোগীর বয়স, গঠন, ধাতু এবং ক্ষুধার্ত্ত সময় ও তৃপ্তোদর অবস্থা প্রভৃতি দ্বারাও চক্ষুর স্বাভাবিক বিতানের বিভিন্নতা ঘটে বলিয়া, বিতান পরীক্ষার সময় উভয় চক্ষুর বিতান পরীক্ষা করিয়া তুলনা করা উচিত। কারণ, রোগ ভিন্ন অন্য কোন কারণে উভয় চক্ষুর বিতানের তারতম্য ঘটে না। গ্লকোমা রোগ প্রকরণে এই বিষয় আবার প্রকটিত হইবে।

দ্বিতীয় অধ্যায়।

কঞ্জংটাইভার রোগ।

শরীরতত্ত্ব।—যে শ্লৈষ্মিক মেম্ব্রেণ অক্ষিপুটের অভ্যন্তর এবং চক্ষুর সম্মুখভাগ আবৃত করিয়া রহিয়াছে, তাহাই কঞ্জংটাইভা নামে উক্ত হয়। সুতরাং স্থানভেদে উহার তিন নাম। অক্ষিপুট উল্টাইলে, তাহাতে যে অংশ দেখা যায়, তাহা পুটীয় অংশ, অক্ষিগোলকে আক্ষিক অংশ এবং এই উভয়ের মধ্যস্থানে পুটাক্ষি-গহ্বরাংশ (Cul-de-sacs).

পুটীয় অংশ টার্সাসের গাত্রে সর্ব্বতোভাবে লগ্ন। উহার বর্ণ পীতাভ রক্তিম। উহার ভিতর দিয়া মিবোমিয়ান গ্লাণ্ডের ফলিকল্ সকল দেখিতে পাওয়া যায়। এই অংশ মসৃণ বলিয়া বোধ হইলেও বৃহদ্দর্শক কাচ খণ্ড দিয়া দেখিলে, উহাতে বহুসংখ্যক ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র প্যাপিলা দৃষ্টিগোচর হয়। উহা সূত্রময় টিসু এবং কতিপয় ইপিথিলীয়মের গুচ্ছ দ্বারা সংগঠিত। আক্ষিক অংশ অক্ষিপুট অতিক্রম করিয়াই অক্ষিগোলকে স্ক্লেরটিকের উপরিভাগে শিথিলভাবে লগ্ন। পরে, উহা ক্রমে পাতলা হইয়া এবং নিম্নস্থ অল্প টিসু লইয়া সম্মুখে কর্ণিয়ার অভিমুখে অগ্রসর হওত, কর্ণিয়ার প্রান্তে তন্নিম্নবর্ত্তী চক্ষুর অবয়ব সকলের সহিত গাঢবদ্ধ। কর্ণিয়ার চতুষ্পার্শ্ববর্ত্তী উহার অংশ লিম্বস কর্ণিয়া (Limbus corneæ) নামে কখন কখন কথিত হয়; এবং এই অংশ সূত্রময় মেম্ব্রেণ ও অনেক স্থিতিস্থাপক টিসু এবং কতিপয় গুচ্ছ ইপিথিলীয়ম দ্বারা গঠিত। এই ইপিথিলীয়ম কর্ণিয়ার ইপিথিলীয়মের সহিত অবিচ্ছিন্ন।

উভয় পুটাক্ষি-গহ্বরের কঞ্জংটাইভা ভাঁজ-ভাঁজ করা। কঞ্জংটাইভার এই অংশই অধিক রক্তশিরা-সমাবিষ্ট এবং অত্রস্থ কঞ্জংটাইভা অতি শিথিল বলিয়া সহজে ইতস্ততঃ সরিয়া যাইতে পারে। যাহাহউক, ঊর্দ্ধ পুটাক্ষি-গহ্বর সচরাচর

নিম্ন পুটাক্ষি-গহ্বর অপেক্ষা অধিক বিস্তৃত হইলেও রোগী অধোদিকে দৃষ্টিক্ষেপ করিলে ও তৎসময়ে উর্দ্ধপুট তুলিয়া ধরিলে, কোন কোন ব্যক্তির চক্ষুতে উহার সমস্ত অংশ দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে।

চক্ষুর নাসিকাদিকস্থ কোণে (Inner canthus) যে একটী ক্ষুদ্র উন্নত স্থান দেখিতে পাওয়া যায়, তাহাকে ক্যারঙ্কল (caruncle) কহে। উহা ফলিকল এবং সোয়েট গ্লাণ্ডের সমষ্টি মাত্র। উহাতে যোজক টিশু এবং অল্প বসাও আছে। কখন কখন উহার উপবিভাগে ২।১টী কেশ জন্মিতেও দেখা যায়। এই ক্যারঙ্কল ও চক্ষুর নাসিকাদিকস্থ কোণের মধ্যবর্ত্তী অর্দ্ধচন্দ্রাকার ভাঁজের নাম প্লাইকা-সেমিলিউনেরিস (Plica Semilunaris)। পক্ষিদিগের মেম্ব্রেণা নিক্টিটান্সও যাহা, আর মনুষ্যের প্লাইকা সেমিলিউনেরিসও তাহাই।

কঞ্জংটিভাইটিস (CONJUNCTIVITIS)

কঞ্জংটিভাইটিস রোগকে সাধারণতঃ অপ্থাল্মিয়া (Ophthalmia) রোগ কহে। আমরা উহাকে সচরাচর "চক্ষু উঠা" রোগ বলিয়া উল্লেখ করি।

কঞ্জংটিভাইটিস অর্থাৎ কঞ্জংটাইভার রক্তাধিক্য, মিউকো-পিউরিউলেণ্ট এবং পিউরিউলেণ্ট কঞ্জংটিভাইটিস এই ত্রিবিধ রোগকে একই বিধ রোগের সামান্য, প্রবল ও অতিপ্রবল ত্রিবিধ অবস্থাক্রান্ত রোগ বলিলেও বলা যায়। যাহাহউক, আমরা এস্থলে প্রথমে কঞ্জংটিভাইটিস রোগ বর্ণনা করিতেছি।

কনজংটাইভার এই সামান্য প্রদাহ বা রক্তাধিক্য রোগ গ্রীষ্মপ্রধান দেশেই সচরাচর ঘটে। এই রোগে চক্ষুর পাতা কিঞ্চিৎ স্ফীত ও ভারি বোধ হয় এবং উল্টাইয়া দেখিলে, মসৃণ বোধ না হইয়া, কিঞ্চিৎ স্ফীত ও অস্বাভাবিক রক্তবর্ণ দেখায়। কনজংটাইভার শিরা সকল রক্তপূর্ণ হইয়া অক্ষিপুট হইতে কর্ণিয়ার অভিমুখে অক্ষিগোলকে আগমন করে; সুতরাং চক্ষুর শ্বেত-ক্ষেত্রও কিঞ্চিৎ আরক্তিম দেখা যায়। ক্যারঙ্কল, সেমিলিউনার ফোল্ড এবং টার্সো-অর্বিটাল ফোল্ডও আরক্তিম ও কিঞ্চিৎ স্ফীত বলিয়া বোধ হয়। অপিচ, এই সকল শিরা রক্তপূর্ণ হইলেও পরস্পর পৃথক্, বৃহৎ এবং অঙ্গুলিচাপে কনজংটাইভার সহিত স্ক্লেরটিকের উপর ইতস্ততঃ সরিয়া সরিয়া যাইতে পারে। যাহাহউক, এই আরক্তিমতা বয়ো-বৃদ্ধি-জনিত চক্ষুর ঈষৎ বিবর্ণতা হইতে সম্পূর্ণ পৃথক্।

সচরাচর বৃদ্ধ ব্যক্তি অপেক্ষা যুবা ব্যক্তিদিগের চক্ষু কর-কর করিতে থাকে; বোধ হয় যেন, উহাতে বালুকা পতিত হইয়াছে এবং উহা চুলকায়। রৌদ্র ও প্রদীপের আলোকাভিমুখে দৃষ্টি নিক্ষেপ করিলে, চক্ষু উত্তেজিত ও তাহাতে কষ্টবোধ হয়। চক্ষু হইতে অল্প বা অধিক পরিমাণে জল পড়ে; কিন্তু, সেই জলে কখন পিচুটি থাকে না; সুতরাং এই রোগ স্পর্শাক্রামক নহে। এই সকল লক্ষণ ব্যতীত কর্ণিয়া ও আইরিস প্রভৃতি চক্ষুর অন্য কোন অবয়বের বর্ণ-ব্যত্যয় এবং বেদনা প্রভৃতি প্রাদাহিক কোন প্রকার লক্ষণ দেখা যায় না।

কারণ।—সাধারণতঃ সূক্ষ্মকার্য্যে নিয়ত চক্ষুঃ-সংযোগ, অস্বাস্থ্যকর গৃহে বাস এবং বৃষ্টি ধূলি, বায়ু, ধূম, রৌদ্র ও সর্দ্দি লাগানই এই রোগের কারণ বলিয়া গণ্য। কীট, পতঙ্গ, কুটা প্রভৃতি চক্ষুতে পতিত থাকিয়া, অথবা বক্র-পক্ষ্ম-ঘর্ষণেও এই রোগ জন্মে। নিকট-দৃষ্টি ও দূর-দৃষ্টির ব্যাঘাত ঘটিলে, উপযুক্ত চসমা ব্যবহার না করিয়া, জীবিকা নির্ব্বাহার্থে চক্ষুকে অতিরিক্ত ক্লান্ত করায়, কখন কখন রেটিনা অথবা কোরইড্ উত্তেজিত হওত এই রোগ হয়। পাকস্থলী ও রসস্রাবী যন্ত্রাদির বিশৃঙ্খলায় এই রোগ জন্মে বলিয়া, পাককৃচ্ছ্র, বাত, মূত্রগ্রন্থির পীড়া এবং স্ত্রীলোকদিগের ঋতুরোধ প্রভৃতি রোগেও চক্ষুতে এই রোগ জন্মে। এতদ্ব্যতীত অপরিমিতাহারী ঔদরিক ও অনিয়মাচারী মাদক-দ্রব্য-সেবী ব্যক্তিদিগেরও চক্ষু এইরূপ আরক্তিম হইয়া থাকে। অধিক ক্ষণ রৌদ্রে পর্য্যটন করিয়া ও বিশেষ বিশ্রাম না করিয়া হঠাৎ ঘর্ম্মাক্ত মস্তকে শীতল জলে অবগাহন-স্নান করিলেও এই রোগ হইতে দেখা যায়।

চিকিৎসা।—কারণ অপনীত হইলে রোগও অপনীত হয়। সুতরাং রৌদ্র ও ধূলি হইতে অব্যাহতির নিমিত্ত নীল অথবা ধূম্রবর্ণের চসমা, নিকট দৃষ্টি ও দূরদৃষ্টির নিমিত্ত তদুপযোগী চসমা, এবং শ্রম-জনিতস্থলে, চক্ষুকে সম্যক বিশ্রাম দিবার ব্যবস্থা দেওয়া উচিত। বক্রপক্ষ্ম উৎপাটন ও তাহার মূলদেশে কষ্টিক সংস্পর্শন, কীটাদি পদার্থ বহিষ্করণ ও তৎপরেই চক্ষুতে কিয়ৎক্ষণ নাতিশীতল জলের পটি দেওয়া ব্যবস্থাসিদ্ধ। উষ্ণজলের সেঁক অথবা চক্ষুতে উষ্ণ দুগ্ধের বাষ্প-গ্রহণেও এই রোগ আরোগ্য হইতে পারে। চক্ষুর পাতা ভারি বোধ হইলে, চক্ষু মুদিত করিয়া তদুপরি একখানি স্পঞ্জ দ্বারা প্রতিদিন ৩।৪ বার ইভাপোরেটিং লোশন (৩০।৩১ বা) বুলাইয়া লওয়া উচিত।

রক্তাধিক্য নিবারণের নিমিত্ত, য়্যালম্ ও জিঙ্ক প্রভৃতি কোন প্রকার য়্যাষ্ট্রিনজেণ্ট লোশন (৩।৪।৭।১০।১১।১২।১৩।১৪।১৫।২২।২৯ ব্য) অর্থাৎ কস-জল চক্ষুতে প্রতিদিন ৩।৪ বার ফোটা ফোটা দেওয়া ও মধ্যে মধ্যে তদ্দ্বারা ১০।১৫ মিনিট কাল অক্ষিপুট আর্দ্র রাখা উচিত। মদ্য ও ধূম্র পান এবং আকণ্ঠ-ভোজন বৈধ নহে। কোন কোন স্থলে, এক মাত্রা ব্লু-পিল, এবং কোষ্ঠবদ্ধ থাকিলে জোলাপের ব্যবস্থা দেওয়া যায়। দুর্ব্বল ব্যক্তি, বিশেষতঃ অধ্যায়ী ছাত্রদিনের পক্ষে, লিখন-পঠনে বিরত থাকিয়া চক্ষুতে ঔষধ প্রদানের সঙ্গে সঙ্গে বলকর খাদ্য ও ঔষধের আশ্রয় গ্রহণ করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। কোন কোন স্থলে, য়্যাষ্ট্রিঞ্জেণ্ট লোশনে চক্ষুর উত্তেজনা বৃদ্ধি হয় এবং কিঞ্চিৎ বেদনাও বোধ হয়। তথায় ক্ষীণ য়্যাট্রোপীয়া ও বোরাসিক এসিড লোশন (৩৯ ব্য) প্রত্যহ ২ বার চক্ষুতে প্রয়োগ করা বিধেয; এবং তদ্বিধস্থলে, প্রত্যহ ২ বার অন্ততঃ ১০ মিনিট কাল পর্য্যন্ত মুদিত পুটোপরি শীতল জলের পটি লাগাইতে ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব বলেন।

এই রোগ দীর্ঘকালস্থায়ী থাকিলে, ডাক্তার কেলি সাহেব জিঙ্ক্ ক্লোরাইড (১৬ব্য) অথবা ক্ষীণ ট্যানিন্ লোশন (২৫ ব্য) প্রত্যহ চক্ষুতে ৩।৪ বার ফোটা ফোটা দিতে বলেন। এই দীর্ঘস্থায়ী স্থলে, সলফেট্ অব্ কপার অথবা লেপিস্ ডেভিনস (৫ ব্য) আস্তে আস্তে পুটীয় কনজংটাইভায় বুলাইয়া অনেক সময়ে রোগোম্মুক্ত হওয়া যায়। একরূপস্থলে, ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব রাত্রিকালে পুটপ্রান্তে অম্ল হাইড্রার্জ অক্স্যাইড রুব্রাই ডিল (১ড্রাম, ভ্যাসালীন ২ড্রাম) লাগাইতে বলেন। যাহাহউক, কোন কোন স্থলে কোন প্রকার ঔষধ ব্যবহার না করিয়াও কেবল সাবধানে ও পরিষ্কারপরিচ্ছন্নভাবে থাকিয়াই এই রোগ হইতে অব্যাহতি পাওয়া গিয়াছে। যে সকল শারীরিক রোগে এই রোগ জন্মে সেই সকল রোগের চিকিৎসা করাও (৯২, ৯৩, ৯৪, ৯৫, ৯৭, ৯৮, ১৩১ ব্য) সর্ব্বতোভাবে উচিত। বাতরোগীর পক্ষে, কেহ কেহ দুই এক মাত্রা ব্লু-পিল শয়ন সময়ে খাইতে বলেন। পেট গরম হইলে, ভিচি বা হনি-এডি-জেনস প্রভৃতি আকরিক জল (২।৪ ঔন্স) সমপরিমাণ উষ্ণজলের সহিত প্রাতঃসেবন বিধেয়

ক্যাটারাল্ কন্‌জংটিভাইটিস্।

(CATARRHAL OR MUCO-PURULENT).

এই রোগের অপর নাম মিউকো-পিউরিউলেণ্ট কঞ্জংটিভাইটিস, এবং এই রোগ সামান্য কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগের প্রকুপিত অবস্থা মাত্র। সুতরাং ঐ রোগের সমস্ত লক্ষণাদি এই রোগে প্রবলরূপে উপলক্ষিত হয়। তবে, এই দুই রোগের প্রভেদ এই যে, এই রোগে চক্ষু হইতে যে অশ্রু নির্গত হয়, তাহা জলবৎ হইলেও তাহাতে পিচুটি থাকে। এই পিচুটি সংক্রামক অর্থাৎ তৎস্পর্শে সুস্থ চক্ষুও এবম্বিধ রোগে পীড়িত হইয়া থাকে। এই রোগ হইলেই আমরা সচরাচর "চক্ষু উঠিয়াছে" বলিয়া থাকি।

সাধারণতঃ একই সময়ে দুই চক্ষুই এই রোগে পীড়িত হইয়া থাকে। চক্ষু এরূপ করকর করিতে থাকে যে, বোধ হয় যেন, উহাতে বালুকা-কণা পতিত হইয়াছে। অক্ষিপুট, বিশেষত ঊর্দ্ধপুট পরিশ্রমান্তে ও আলোক-ভোগান্তে কিঞ্চিৎ ভারি বোধ হয়; অনেক সময়ে, উহারা বিশেষতঃ উহাদের প্রান্তভাগ স্ফীত হয় ও চুলকাইতে থাকে। পুটীয় কনজংটাইভা সর্ব্বত্র সমভাবে আরক্তিম এবং অল্প বা অধিক স্ফীত বলিয়া বোধ হয়। চক্ষুর কন্‌জংটাইভার শিরা সকল অক্ষিপুট হইতে কর্ণিয়ার অভিমুখে গমন করে এবং তাহাতে কন্‌জংটাইভা সময়ে সময়ে সর্ব্বত্র সমভাবে এত আরক্তিম হয় যে, তন্মধ্য দিয়া চক্ষুর শ্বেতক্ষেত্র সুস্থাবস্থার ন্যায় শ্বেতবর্ণ দেখা যায় না। অপিচ, কখন কখন পুটীয় ও চক্ষুর কন্‌জংটাইভার স্থানে স্থানে বিন্দু-বিন্দু রক্ত জমিয়া (Ecchymosis) কালশিরে পড়ে। কোন কোন ব্যক্তির চক্ষুর কন্‌জংটাইভা এত কিমোসিস যুক্ত (Chemosis) অর্থাৎ কনজংটাইভা ও তত্তলবর্ত্তী টিস্যুতে রসানুপ্রবেশ হইয়া উহা এত স্ফীত হইয়া থাকে যে, পার্শ্ববর্ত্তী স্ফীত কন্‌জংটাইভার অভ্যন্তরে কর্ণিয়া একটা নিম্নস্থান বলিয়া বোধ হয়। রোগের অবস্থাভেদে চক্ষু হইতে অপরিমিত অশ্রু পড়িতে থাকে। এই অশ্রু প্রথমে জলবৎ তরল থাকে বটে, কিন্তু ক্রমে ঘোলা ও চট্‌চটে এবং পরিশেষে প্রদাহের আধিক্যানুসারে পিচ্ছিল-ক্লেদময় হইয়া থাকে। এই নিমিত্তই চক্ষুর নীচের পাতার ভাঁজ-মধ্যে ও অপাঙ্গ দেশে সর্ব্বদা পিচুটি দেখিতে পাওয়া যায়, এবং সেই পিচুটি কর্ণিয়ার উপরিভাগে নীত

হইয়া সময়ে সময়ে রোগীকে স্পষ্ট দৃষ্টির নিমিত্ত অশ্রু ও পিচুটি মুছিয়া ফেলিতে হয়। দিবাশেষে এই সকল বিরক্তিকর লক্ষণের আধিক্য হয়; এবং নিদ্রাবস্থায় পিচুটিতে উভয় পুট সংযুক্ত হয় বলিয়া, প্রাতঃকালে ধৌত না করিলে, চক্ষু উন্মিলন করিতে পারা যায় না। চক্ষু হইতে সর্ব্বদা জল ও পিচুটি পড়ায়, পুট-প্রান্ত কখন কখন হাজিয়া যায়। যাহাহউক, এই রোগে আলোকভীতি ও চক্ষুতে যাতনাদি প্রায়ই লক্ষিত হয না। অতিপ্রবল উপর্য্যুক্ত লক্ষণাদির সহিত আলোকভীতি এবং চক্ষুতে ও চক্ষুব চতুষ্পার্শ্বে বেদনা থাকিলে, তথায় সিলিযাবি নার্ভও প্রদাহিত হইযাছে, ইহা অবশ্যই অনুমান কবিতে হইবেক।

অনববত অক্ষিপুট সঞ্চালনে, কর্ণিযার উপরিভাগে ক্লেদ আসায়, ঘর্ষিত কাচ-খণ্ডেব অভ্যন্তব দিযা যেরূপ ঘোলা দেখা যায, এই বোগে দৃষ্টিব তদ্রূপ আবিলতা জন্মে; এবং তজ্জন্য কখন কখন বোগী দৃষ্টি-সম্মুখে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র সূত্রবৎ পদার্থ ভ্রামিত হইতে দেখেন ও দীপশিখাব চতুর্দ্দিকে একটী রঞ্জিত মণ্ডল অনুভব করেন। কিন্তু, চক্ষু ধৌত কবিলে অথবা অক্ষিপুট বগড়াইলে, এই জ্ঞান তিরোহিত হইযা যায।

কারণ।—যে সকল কারণে সামান্য কন্‌জংটিভাইটিস্ বোগ জন্মে, সেই সকল কাবণে এই বোগও জন্মে। নাসিকায অথবা শ্বাস-প্রশ্বাস-যন্ত্রে সর্দ্দি জন্মিলেও তৎসময়ে এই বোগ হইতে দেখা যায়। বসন্ত, হাম অথবা মুখ-মণ্ডলেব ইবিসিপিলাস, হার্পিজ জষ্টাব, একৃজিমা অথবা চক্ষুতে এক্‌ট্রোপিয়ম ও ট্রাইকিযেসিস্ প্রভৃতি অক্ষিপুটের পীড়ায় অথবা বৃক্ষেব নির্য্যাস প্রভৃতি কোন রাসাযনিক ও স্পিরিট প্রভৃতি কোন উত্তেজক দ্রব্য দ্বারা চক্ষু উত্তেজিত হইয়াও কন্‌জংটাইভায এই বোগ আবির্ভূত হইতে পাবে।

পরিণাম।—উত্তেজক কাবণ দূর করিলে, অথবা উপযুক্ত চিকিৎসা করিলে, এই সংক্রামক বোগ সচরাচব দুই তিন সপ্তাহেব মধ্যে এরূপ আরোগ্য হইতে পাবে যে, বোগেব চিহ্ন-মাত্রও অবশিষ্ট থাকে না। কিন্তু, অযথা চিকিৎসিত হইলে, অথবা চিকিৎসায় বা বোগবিষযে তাচ্ছীল্য করিলে, পিউরিউলেণ্ট কঞ্জংটিভাইটিস অথবা অন্যবিধ প্রদাহ আনয়ন করিতে পারে; অথবা পুরাতন প্রদাহে পবিণত হইয়া চিবকষ্টকব হইয়া থাকে। এরূপস্থলে,

বিশেষতঃ বৃদ্ধ ব্যক্তিদিগের পক্ষে, কর্ণিয়ায় ক্ষত, আইরিসের প্রদাহ ও তৎপরবর্ত্তী দুর্ঘটনা সকলও ঘটিতে পারে।

চিকিৎসা।—সাধ্যানুসারে অগ্রে রোগের কারণ দূর করিতে চেষ্টা করা উচিত। পরে লক্ষণাদির অবস্থা ও প্রকোপ বুঝিয়া চিকিৎসা করা বিধেয়। সামান্যরূপ রোগে শীতল অথবা কদুষ্ণ জলে চক্ষুর ক্লেদ ধুইয়া ২।৩ ঘণ্টা অন্তর চক্ষুতে বাইক্লোরাইড, য়্যালম ও জিঙ্ক লোশন (১২।১৩।১৪।১৫ ব্য) ফোটা ফোটা দেওযা, অথবা তদ্দ্বারা চক্ষু ধৌত করা উচিত। কষ্টিক্ লোশন্ (৩ ব্য) এই রোগের মহৌষধ। বিশেষতঃ, কনজংটাইভা কিমোসিস-যুক্ত, পিচুটি অধিক ও ঘন, এবং অক্ষিপুট স্ফীত থাকিলে, এই ঔষধে বিলক্ষণ উপকার দর্শে। দুই তিন ফোটা এই ঔষধ প্রতিদিন ৩।৪ বার, অথবা রোগের প্রকোপ দেখিয়া, অধিক বার অথবা অপেক্ষাকৃত উগ্র মাত্রায়, চক্ষুতে প্রদান করতঃ শীতল জলে চক্ষু ধৌত করিলে, অথবা মধ্যে মধ্যে ২।১ ঘণ্টা কাল শীতল জলের পটি দ্বারা চক্ষু আর্দ্র রাখিলে, চক্ষুতে বালুকাকণা-বোধ ও অশ্রুনিঃসরণ অপনীত হয়। পল্‌সেটিলা (৫৬ ব্য) লোশন (১গ্রেণ, জল ১ঔন্স) এই রোগে ব্যবহার হইয়া থাকে; এবং পল্‌সেটিলা অর্দ্ধ গ্রেণ হইতে ৬গ্রেণ মাত্রায সেবনও করা যায়। পিচুটি ঘন ও অধিক হইলে, এই সঙ্গে সঙ্গে পুটমধ্যে কদুষ্ণ জলের অথবা কদুষ্ণ বোরাসিক লোশনের (২২।২৩।২৪ ব্য) পিচকারী দিলে সত্বর উপকার দর্শে। সাধারণ কদুষ্ণ জলের পরিবর্ত্তে, কেহ কেহ ছয় আউন্স পরিস্রুত জলে ১ গ্রেণ হাইড্রার্জ বাইক্লোরাইড ও ৬ গ্রেণ এমোন মিউরিয়েট ও তাহাতে ৬ ঔন্স উষ্ণ জল মিশাইয়া অতিশয়, কুপিত অবস্থায় ২।৩ ঘণ্টা অন্তর পিচকারী দিতে, এবং অল্প কুপিত অবস্থায়, তদ্দ্বারা ৩।৪ বার চক্ষুতে সেঁক দিতে (১০।১১ ব্য) ব্যবস্থা দেন। শিরা সকল বিলক্ষণ প্রসারিত এবং কনজংটাইভা শিথিল বোধ হইলে, য়্যালম লোশনের পরিবর্ত্তে ট্যানিন্ লোশন (২৫ ব্য) বিলক্ষণ উপকারক। যাহা হউক, এবম্বিধ স্থলে, চক্ষুতে জিঙ্ক ক্লোরাইড লোশন (১৬ ব্য) ব্যবহার করিয়া সমধিক উপকার পাওয়া যায়। নিদ্রাবস্থায় অক্ষিপুট যুড়িয়া যাইতে না পারে, এই অভিপ্রায়ে, শয়নসময়ে সিম্পল্ অয়েণ্টমেণ্ট, ক্ষীণ সিট্রিন অয়েণ্টমেণ্ট (৬৯।৭৬ ব্য) মধুর কাজল, ইয়েলো অয়েণ্টমেণ্ট, ভ্যাসালীন বা গ্লীসারিণ কজ্জলবৎ অক্ষিপুটের প্রান্তদেশে লাগাইতে হয়। এতদ্ব্যতীত এসিটেট অব লেড ২ গ্রেণ অথবা

অক্সাইড অব জিঙ্ক ৩ গ্রেণ দ্বারা প্রস্তুত ১ঔন্স মলমেও এই রোগে ব্যবহার হইলে, উপকার দর্শে। পুটপ্রান্তে মামড়ি পড়িলে, উষ্ণ জলে অথবা সোডা লোশনে (১৮, ১৯, ২০, ব্য) কোমল বস্ত্র ভিজাইয়া তদ্দ্বারা অগ্রে আস্তে ২ তাহা অপনীত করিয়া, পরে তথায় প্রাতঃসন্ধ্যা উক্ত সিটি্ন্, আইডোফর্ম বা ইয়েলো অয়েণ্টমেণ্ট বা রেড্ প্রিসিপিটেট্ অয়েণ্টমেণ্ট (৭৩।৭৫।৭৬ ব্য) ব্যবহার করা উচিত। এদিকে, প্রথম হইতেই জোলাপ এবং কুইনাইন ও আয়রণ প্রভৃতি বলকারক ঔষধেরও ব্যবস্থা করা বিধেয়। কারণ, এই রোগে শরীরের স্রাবী যন্ত্র সকল প্রায়ই দূষিত থাকে; সুতরাং বিবেচনা করিয়া কোন কোন স্থলে অনশন, অল্পাসন এবং কোন কোন স্থলে ব্লু-পিল, ব্ল্যাক-ড্রট এবং কলচিকম সেবনে, বিশেষতঃ রোগী বাত বা গেঁটে বাতের ধাতুস্থ হইলে, আশ্চর্য্যজনক উপকার দর্শে। রোগাবস্থা সময়ে, চক্ষুর উত্তেজনা, আলোকভীতি, অশ্রুনিঃসরণ, সিলিয়ারি প্রদেশে বেদনা প্রভৃতি ফ্লিক্টেনিউলার কনজংটিভাইটিস, আইরাইটিস ও কর্ণিয়াইটিস্ রোগের লক্ষণ আংশিক প্রকাশিত হইলে, অথবা পুটাভ্যন্তরে কোন পদার্থ পড়িয়া তাদৃশ লক্ষণাপন্ন হইলে, উত্তপ্ত জলের সেঁক ও চক্ষুতে য়্যাট্রোপিন্ লোশন (৩৭।৩৯।৪০ ব্য) প্রদান এবং বাইক্লোরাইড লোশন (১০। ১১।১২ ব্য) দ্বারা ধৌতকরণ এবং পতিত পদার্থ নিষ্কাশন প্রভৃতি ব্যবস্থা করিয়া, দুই এক দিবস অতিবাহিত করিতে হয়। পরে, ক্রমে প্রকৃত রোগের সম্পূর্ণ লক্ষণ প্রকাশিত হইলে, তদনুরূপ চিকিৎসাদি বিধেয়। চক্ষুতে ক্ষতাদি হইবার সম্ভাবনায় বা ক্ষত হইলে, বিশেষতঃ গ্রানিউলার, ক্রুপস এবং গণোরিয়াল কনজংটিভাইটিস রোগে কষ্টিক লোশন ব্যবহার না করিয়া বাইক্লোরাইড অব মার্করি লোশন (১ গ্রেণ, জল ৪ ঔন্স) ব্যবহার করা বৈধ।

এই রোগ সংক্রামক বলিয়া, রোগীর ব্যবহৃত গামচা, বস্ত্র ও ঔষধ যাহাতে অপর কেহ ব্যবহার না করে, এরূপ সাবধান হওয়া সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। রোগীকে অসংশ্লিষ্টভাবে রাখিয়া চিকিৎসা করিলে কতিপয় দিনের মধ্যেই রোগের সংক্রামক দোষ বিনষ্ট হইতে পারে। রৌদ্র, বৃষ্টি অথবা শীতল বায়ুভোগ এবং লিখন-পঠন প্রভৃতি চাক্ষুষ কার্য্য, বিশেষতঃ দীপাদির আলোক ও রন্ধনাদি কার্য্য হইতে বিরত থাকা সর্ব্বতোভাবে উচিত। আবশ্যক হইলে, কদুষ্ণ জলে স্নান ভিন্ন সাধারণ আহার-বিহারের পক্ষে কোন নিষেধ নাই।

ক্রণিক্ কনজংটিভাইটিস্ (CHRONIC).

চক্ষু দেখিতে উত্তেজনশীল ও ঈষৎ রক্তিম। আলোকাভিমুখে দৃষ্টি-নিক্ষেপ করা রোগীর বিরক্তিকর; এবং করিলে, চক্ষু হইতে তৎক্ষণাৎ অশ্রু নির্গত হয়। পুটপ্রান্ত ও নাসাপাঙ্গ আরক্তিম ও চুলকাইতে থাকে। কখন কখন পিচুটি নির্গত হয় ও রাত্রিতে তদ্দ্বারা অক্ষিপুট যুক্ত হইয়া যায়। লিখন-পঠন প্রভৃতি চাক্ষুষ কার্য্যে চক্ষুর ক্লান্তি ও উত্তেজনা হইয়া থাকে।

শিল্পজীবী, দুর্ব্বল এবং অতিরিক্ত পরিশ্রান্ত ব্যক্তিদিগেরই সচরাচর এই রোগ ঘটে। ক্যাটারাল কনজংটিভাইটিস্ রোগের প্রবলতা ত্যাগ হইলেও তাহা এবম্বিধ স্থায়ীভাবে অবস্থিত হইতে পারে।

চিকিৎসা।—মল-মূত্র-ত্যাগ ও স্বেদ-নির্গম বিষয়ে মনোনিধান করিয়া, শারীরিক স্বাস্থ্যের উন্নতি করা এবং লিখন-পঠন প্রভৃতি চাক্ষুষ কার্য্য হইতে একেবারেই বিরত থাকা অবশ্য কর্ত্তব্য। পরে, চক্ষুতে ট্যানিন লোশন, ট্যানিন-গ্লীসারীন, বোরাক্স-গ্লীসারীন, বোরাক্স লোশন, বিসমথ লোশন, ইয়েলো অয়েণ্ট, ক্যাডমিয়ম লোশন, ইউফ্রেসিয়া লোশন, কপার লোশন, জিঙ্ক লোশন, জিঙ্ক-ক্লোরাইড লোশন (রা ২৫।৬৬।৬৭।২০।৫৮।৭৩।৭৫।৫৯।৫৭।৭।১৪।১৬ র্য) প্রভৃতি যে যে ঔষধ ব্যবহার করিতে হয়, তাহা ইতিপূর্ব্বে কনজংটিভাইটিস রোগে উল্লেখ করা গিয়াছে। কর্ণিয়া ঘৃষ্ট বা ক্ষতযুক্ত না থাকিলে, লেড্ লোশন্ (৭।৮ র্য) ব্যবহার করা যাইতে পারে। পুটপ্রান্তে ক্ষীণবল সিট্রিন্ অয়েণ্টমেণ্ট প্রভৃতি (৬৯।৭০ র্য) লাগাইলে (৪৬ পৃষ্ঠা দেখ) রাত্রিকালে উহা যুড়িয়া যাইতে পারে না। বাত-ধাতু-বিশিষ্ট রোগীর পক্ষে সর্ব্বদা মাথাধরা প্রভৃতি লক্ষণের সঙ্গে সঙ্গে চক্ষু উত্তেজনশীল হইলে, আহারবিহারে মনোযোগ দেওয়া, বিশেষতঃ মাংস-ভক্ষণ পরিত্যাগ করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। এরূপস্থলে, চক্ষুতে ঔষধ প্রদানের সঙ্গে সঙ্গে ক্যালোমেল বা পডোফিলিন সেবন করা উচিত।

আলোকভীতি থাকিলে, উপর্য্যুক্ত ঔষধাদি ব্যবহার না করিয়া, রগে অর্দ্ধ মুদ্রার আকৃতিবং একখানি ক্যান্থারাইডিসের প্লিষ্টার লাগান অথবা তথায় কতিপয় দিবস সিটন বিদ্ধ রাখা বিধেয়। পুটচর্ম্মোপরি টিং আওডিন বা উগ্রবল কষ্টিক লোশন (৬২ র্য) প্রলেপন, চক্ষুতে কুইনাইন অবধূলিত করা এবং বোরাসিক এসিড্ লোশন (১২ রা) প্রদান প্রভৃতিও এই রোগে

উপকারক। একুষ্ট্রাক্ট আর্গটি লিকুইড জলে মিশ্রিত না করিয়া, অমিশ্র ঔষধ কনজংটাইভার রক্তশিরা-সমাবেশন স্থলে লাগাইলে, বিশেষ উপকার দর্শে।

পিউরিউলেণ্ট্ কন্‌জংটিভাইটিস।

(PURULENT CONJUNCTIVITIS).

এই রোগকে ক্যাটারাল্ অপথাল্‌মিয়া রোগের প্রবল অবস্থা বলিলেও বলা যায়। কারণ, এই রোগের প্রথমাবস্থায় ক্যাটারাল রোগের সমুদায় লক্ষণাদি প্রকাশমান থাকে। প্রবল হইলে, ইহা গণোরিয়াল অপথাল্‌মিয়া রোগের লক্ষণ গ্রহণ করে, এবং দেশভেদে ও ব্যক্তিভেদে এই রোগের প্রখরতাও বিভিন্ন হইয়া থাকে। এই রোগ অতিসংক্রামক; মিসর দেশে ইহার ভয়ঙ্কর প্রাদুর্ভাব এবং ইহা সৈন্যদলে সচরাচর ঘটে।

লক্ষণ।—ক্যাটারাল্ রোগের ন্যায় এই রোগের প্রারম্ভ সময়ে চক্ষুতে গরম বোধ হয়, এবং চক্ষু চুল্‌কাইতে ও করকর করিতে থাকে। চক্ষুর পাতা কিঞ্চিৎ স্ফীত ও চক্ষু হইতে পিচুটিমিশ্রিত অশ্রু নির্গত হয়। পাতা মুদিত থাকে; এবং আলোক-দর্শন অসহ্য বলিয়া বোধ হয়। স্ফীত পুটদ্বয়ে চক্ষু সম্পূর্ণ মুদিত থাকিলেও রোগী আলোকাভিমুখে আসিতে পারে না; অন্ধকারে থাকিতে ভাল বাসে। আলোকাভিমুখে আসিলেই, চক্ষু হইতে অশ্রু নির্গত হয় এবং ভয়ানক যন্ত্রণা প্রদান করে। পুটদ্বয় উন্মীলিত করিয়া দেখিলে, প্যাল্‌পিব্রাল্ ও অর্বিটাল্ উভয় কনজংটাইভা জবা ফুলের ন্যায় ভয়ঙ্কর লোহিত বর্ণ দেখায়, এবং স্থানে স্থানে বহুদূর পর্য্যন্ত ইকাইমোসিসের কালশিরে চিহ্ন দেখিতে পাওয়া যায়। ক্রমে পীড়ার প্রকোপ বৃদ্ধি হইলে, পূয়োৎপত্তি কাল পর্য্যন্ত চক্ষু ও তাহার চতুষ্পার্শ্বে যন্ত্রণাবোধ এবং কখন কখন বিশেষতঃ রাত্রিকালে, তজ্জন্য জ্বরজ লক্ষণাদি প্রকাশিত হয় ও যন্ত্রণায় নিদ্রার ব্যাঘাত ঘটে। পুটদ্বয় রক্তবর্ণ, উজ্জ্বল ও ভারি বলিয়া বোধ হয়। উহারা এত স্ফীত হয় যে, উহাদিগকে উন্মীলিত করা দুঃসাধ্য। অঙ্গুলি দ্বারা টিপিলে, এই স্ফীতি ডিফ্‌থেরিটিক্ কনজংটিভাইটিস্ রোগের ন্যায় কঠিন

ও ভযানক উষ্ণ বোধ না হইয়া, কোমল ও অল্প উষ্ণ বোধ হয়। যাহাহউক, পুটদ্বয়েব ভযঙ্কব স্ফীতি ও প্রদাহ এই বোগেব ভয়ঙ্করত্ব প্রকাশ কবে না। কারণ, পুটস্ফীতি অল্প হইলেও কখন কখন কর্ণিযা পচিযা খসিযা যায় কনৃজংটাইভা সর্ব্বত্র আবক্তিম, স্ফীত ও কিমোসিস যুক্ত হয। পুটীয কঞ্জংটাইভা রক্তবর্ণ, রসার্দ্র ও উজ্জ্বল এবং তত্রস্থ প্যাপিলা সকল উন্নত, বিস্তৃত ও কোন দ্রব্যের সামান্য স্পর্শেই তথা হইতে কখন কখন রক্তস্রাব হয। অপিচ, উক্ত কিমোসিস-যুক্ত কঞ্জংটাইভা কখন কখন পুটাভ্যন্তব দিযা বহির্গত হইযা আইসে এবং কর্ণিয়া তন্মধ্যে একটী নিম্ন স্থান বলিযা বোধ হয়। অশ্রু ও পিচুটি অধিক পরিমাণে নির্গত হইযা, ক্রমে ঘন নবনীতবৎ পুয আকাব ধারণ করে ও সময়ে সময়ে রক্ত-মিশ্রিত হইয়া বক্তাভ পীতবর্ণ দেখায। পাতা উন্মীলিত করিলে, অনেক সময়ে এই অশ্রু গণ্ডদেশে প্রবাহিত হইযা আইসে। পক্ষ্মসমষ্টি পিচুটিতে লিপ্ত থাকিয়া পুটদ্বয়কে পরস্পর যুড়িযা বাখে। কিন্তু, এই পুয় ডিফ্থেরিটিক্ কনৃজংটিভাইটিস রোগজ আঠাবৎ পাতলা পুয় নহে, ইহাকে সহজেই বিযুক্ত করা যাইতে পারে। অপিচ, এই রোগে কনৃজংটাইভায সচরাচর ৪৮ ঘণ্টার মধ্যেই পুযোৎপত্তি হইতে থাকে। কিন্তু, ডিফ্থেরিটিক বোগেব পুযোৎপত্তি কাল এতদপেক্ষা অধিক ও তাহাতে স্ফীত অক্ষিপুট রক্তবর্ণ না হইযা পাটল বর্ণের হয। অপিচ, রোগী যত অল্পবযস্ক হয়, ক্লেদস্রাব অপেক্ষা আবক্তিমতা তত কম হয়; সুতরাং যুবা ব্যক্তিদিগের পক্ষে, এই বোগ অতি প্রবল হইযা থাকে। যুবা ব্যক্তিদিগের একটী চক্ষু নির্দ্দোষ থাকিতে পাবে, কিন্তু বালকের পক্ষে, উভয় চক্ষু প্রায়ত পীড়িত হইযা পড়ে।

দুর্ঘটনা।—এই রোগে, বিশেষত প্রদাহের প্রকোপ বৃদ্ধি হইলে, কর্ণিযায় প্রায়ই ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ফুস্কুড়ি (Phlyctenulæ) জন্মিয়া ক্ষত অথবা উহার উপবিভাগ আবিল হইয়া পড়ে। এই ক্ষত ও আবিলতা কর্ণিয়ার কেন্দ্রস্থল আক্রমণ করিলে, তদ্দ্বারা দৃষ্টিরও আবিলতা ঘটে। এই ক্ষত কখন কখন দূব-বিস্তৃত ও গভীর হয়; এবং তত্রত্য কর্ণিয়া অত্যল্প সমযেব মধ্যেই ফাটিযা তন্মধ্য হইতে আইরিস, লেন্স ও কিযদংশ ভিট্রিযস নির্গত হওত ষ্ট্যাফিলোমা রোগ জন্মে অর্থাৎ চক্ষুর ঢেলা বাহিব হয। অপিচ, সাইনেকিযা, তারাব অবরোধ, লেন্সত্বকের অস্বচ্ছতা প্রভৃতি দুর্ঘটনা ঘটিযাও দৃষ্টিনাশ হইতে পারে। কর্ণিযা

ফাটিয়া গেলে, যদিও ক্লেদস্রাব ও যাতনার অনেক হ্রাস হয় বটে, কিন্তু কখন কখন সমস্ত কর্ণিয়া অল্পক্ষণমধ্যেই এই ক্ষতাবস্থায় গলিত ও বিচ্যুত হইয়া চক্ষু চুপসিয়া যায়। এই কারণে প্রাতঃকালে যে কর্ণিয়া স্বচ্ছ দেখা যায়, বৈকালে তাহা আবিল হয় এবং পরদিন প্রাতে তাহা পচিয়া খসিয়া পড়ে। এই ঘটনায় রোগী স্বচ্ছন্দ অনুভব করিলেও চিকিৎসক বুঝিতে পারেন যে, চক্ষুটী বোধ হয় অন্ধ হইল। যাহাহউক, কিয়দংশ কর্ণিয়া সুস্থ থাকিলে, ভবিষ্যতে অস্ত্রধাবন দ্বারা কৃত্রিম তারা করিয়া দৃষ্টির সুবিধা করা যাইতে পারে। ক্ষতাবস্থায় আইরিস্ অথবা কখন কখন সমস্ত চক্ষু প্রদাহিত হইয়া রোগীকে অসহ্য যাতনা প্রদান করে। যাহা হউক, ক্ষত হইবার পূর্ব্বে কর্ণিয়ার উপরিভাগে রক্তশিরা-সমাবেশনাবস্থা (Pannus) উপস্থিত হইলে, কর্ণিয়ায় ক্ষত ও তাহা বিচ্যুত হইতে প্রায়ই দেখা যায় না।

কারণ।—যে সকল কারণে ক্যাটারাল কনজংটিভাইটিস্ রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে, সেই সকল কারণে এই রোগও উৎপন্ন হয়। কখন কখন ক্যাটারাল্ কনজংটিভাইটিস্ রোগ অচিকিৎসিত থাকায় অথবা অযুক্ত ঔষধাদি দ্বারা চিকিৎসিত হইয়াও এই রোগ উৎপন্ন হইতে দেখা গিয়াছে। কিন্তু, অধিকাংশস্থলে, এই রোগ সংক্রামিত হইয়া উৎপন্ন হয়, সুতরাং পিউরিউলেণ্ট, মিউকো-পিউরিউলেণ্ট, ডিফ্থেরিটিক্ অথবা গ্রানিউলার কনজংটিভাইটিস্ রোগাক্রান্ত অপর ব্যক্তির চক্ষুজ স্পর্শাক্রামক ক্লেদপদার্থ, মেহজ স্রস্ত-বীর্য্য, স্ত্রীযোনি-সমুদ্ভূত অসুস্থ রস ইত্যাদি সংস্পৃষ্ট হইয়া ৬ ঘণ্টা হইতে চারি দিনের মধ্যেই এই রোগ উৎপন্ন হইতে দেখা যায়। ইহাও অনেকে বলিয়া থাকেন যে, প্রবহমান বায়ু এবং স্পর্শাক্রামক বীজবাহী ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র কীটাণু (gonococcus) দ্বারাও এই রোগ আনীত হইতে পারে। যাহাহউক, এই রোগ এপিডেমিক্ অর্থাৎ কোন স্পর্শ ব্যতীত স্বয়ং আগমন করত বহুসংখ্যক ব্যক্তিকে একে একে আক্রমণ করে। এই জন্যই, অনাথ চিকিৎসালয়, দরিদ্র বিদ্যালয়, সেনাচমূ এবং দরিদ্র শ্রমজীবী-পরিপূরিত গৃহ অর্থাৎ যেখানে লোকে পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নরূপে আহার-বিহার ও বায়ুসেবনাদি করিতে পায় না, তথায় এই রোগ হইতে প্রায়ই দেখা যায়। শুষ্ক বস্ত্রাদিতে উক্ত কীটাণু (micrococcus) বিদ্যমান থাকিয়া, বহুদিন গতেও যখন তাহা সামান্য

আর্দ্র হয়, তখন ঐ বীজাণু পুনর্জীবনী শক্তি দ্বারা তৎস্পর্শাক্রান্ত সুস্থ চক্ষুকেও এই পীড়ায় পীড়িত করিতে পারে।

পরিণাম।—সচরাচর ৩।৪ সপ্তাহ কাল এই রোগ প্রবল থাকিতে পারে। কর্ণিয়া সুস্থ, পুয পাতলা ও প্রদাহ স্বল্প এবং রোগী সুস্থ থাকিলে এবং প্রকৃত চিকিৎসা দ্বারা রোগ আরোগ্যমুখে ধাবিত হইলে, এই রোগ ৬।৭ সপ্তাহের মধ্যেই নির্দ্দোষে উপশমিত হইয়া থাকে। এতদ্ব্যতীত স্থলে, সতর্কিত হইয়া মতামত প্রকাশ করা উচিত। কারণ, চিকিৎসাসত্বেও কর্ণিয়ায় ক্ষত হইতে বা তাহা পচিয়া যাইতে থাকিলে, চক্ষু একেবারেই দৃষ্টিহীন হইয়া পড়ে, অথবা কর্ণিয়া অস্বচ্ছ ও তাহাতে আইরিস সংযুক্ত হইয়া অস্পষ্ট অথবা অসম্পূর্ণ দৃষ্টি ঘটায়। কখন কখন এই রোগ ক্রণিক গ্রানিউলার কনজংটিভাইটিস্ রোগে পরিণত হইয়া, কর্ণিয়ায় প্যানস রোগ আনয়ন করতঃ রোগীকে কতিপয় বৎসর কষ্ট প্রদান করিয়া থাকে; এবং কখন কখন বাহ্যতঃ উপশমিত হইয়া গণোরিয়া রোগের ন্যায় পুনঃপ্রত্যাবর্ত্তন করত, চক্ষুকে একেবারে অকর্ম্মণ্য করিয়া ফেলে। অপিচ, কনজংটাইভা শিথিল হইয়া এবং চক্ষুতে ঔষধাদি প্রদানার্থে অসাবধানে অক্ষিপুট উল্টাইতেং বিশেষতঃ, বালক, অজ্ঞান ও কার্য্যতৎপর ব্যক্তিদিগের পক্ষে, এই রোগে এক্‌ট্রোপিয়ম রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে। যাহাহউক, যাহারা কদর্য্য আহার-বিহারে জীবনাতিপাত করে এবং যাহারা অনবরত রোগগ্রস্ত হইয়া শারীরিক দৌর্ব্বল্য ভোগ করিতে থাকে, তাহাদের পক্ষে এই রোগ সম্পূর্ণ দৃষ্টিনাশক।

চিকিৎসা।—অক্ষিপুট উন্মিলিত করিয়া, অগ্রে কর্ণিয়ার অবস্থা পরীক্ষা না করিয়া কোন প্রকার চিকিৎসায় প্রবৃত্ত হওয়া কোন মতেই বৈধ নহে। এই নিমিত্ত সহজে অক্ষিপুট উন্মিলিত করিতে না পারিলে, অথবা তাহাতে রোগীর নিতান্ত কষ্ট উপস্থিত হইলে, বিশেষতঃ কর্ণিয়ায় ক্ষত থাকিলে, বালক বৃদ্ধ বিবেচনা না করিয়া, রোগীকে ক্লোরোফর্ম্মের আঘ্রাণে অচেতন করত, কর্ণিয়ার ক্ষত ও বর্ণ-ব্যত্যয়াদি পরীক্ষা ও রোগের অপরাপর লক্ষণাদি দর্শন করিতে হয়। কর্ণিয়া সুস্থ থাকিলে এবং ডিফ্‌থেরিটিক্ কনজংটিভাইটিস রোগ বলিয়া কোন সন্দেহ না হইলে, এই রোগে কষ্টিক্ ও অন্যান্য য্যাষ্ট্রিন-জেণ্ট লোশন (৩, ১০, ১৫, ১৬, ২২, ২৪, ২৬ ব্য) সর্ব্বদা ব্যবহার করিয়া

একখানি কোমল পুরাতন বস্ত্র খণ্ড দ্বারা চক্ষু হইতে পিচুটি ও ক্লেদস্রাব সর্ব্বদা পরিষ্কার করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। কারণ, চক্ষু পরিষ্কৃত রাখাই এই রোগচিকিৎসার প্রধান লক্ষ্য। সচরাচর ১ ঔন্স জলে ২।৩ গ্রেণ নাইট্রেট অব সিলভার লোশন ২।৩ ঘণ্টা অন্তর চক্ষুতে ফোটা ফোটা পাতিত করা বিধেয়। অতি গুরুতর স্থলে, ১ঔন্স জলে ১০ গ্রেণ আর্জেণ্টি নাইট্রাস লোশন (২ ব্য) ৫।৬ ঘণ্টা অন্তর ব্যবহার করা পরামর্শসিদ্ধ; এবং ১ ঔন্স জলে ২০ অথবা ৩০ গ্রেণ সলিউশন মুদিত পুটোপরি প্রতিদিন এক এক বার প্রলেপিত করিতে হয়। কিন্তু এই প্রলেপন সচরাচর ২।৩ বারের অধিক করা অনাবশ্যক। চক্ষুতে যে লোশন দেওয়া যায়, তাহাও ২।৩ দিন পরে ৬।৭ ঘণ্টা অন্তর ও তৎপরে ৮।১০ দিবস কেবল প্রতিদিন দুই বার মাত্র প্রদান করিলেই পীড়ার বলবৎ লক্ষণগুলি উপশম হয়। এবম্বিধ সময়ে কষ্টিক লোশনের সঙ্গে২ য়্যালম ও জিঙ্ক অথবা কার্বলিক, জিঙ্ক ক্লোরাইড ও বোরাসিক লোশন (১৫, ২৬, ১৬, ২২, ২৪, ব্য) বিশেষতঃ বাইক্লোরাইড লোশন (১০, ১১, ১২ ব্য) প্রত্যহ ৩।৪ বার ব্যবহার করিতে দেওয়া উচিত। সাধারণ-চিকিৎসালয়ে ১০ গ্রেণ অথবা কখন কখন ৩০ গ্রেণ কষ্টিক সলিউশন উষ্ট্রলোম-তুলিকা দ্বারা পুটীয় কনজংটাইভায় প্রত্যহ কেবল একবার মাত্র চিত্রিত হইয়া থাকে; এবং রোগীকে আপন গৃহে দিবাভাগে অৰ্দ্ধ ঘণ্টা অন্তর এবং রাত্রিকালে ২।৩ ঘণ্টা অন্তর কোন প্রকার য্যাষ্টিঞ্জেণ্ট লোশন (১৫।১০।২৬।১৬।২২।২৪ ব্য) দ্বারা অথবা কদুষ্ণ জলে চক্ষুর অন্তর্দ্দেশ ও বহির্দ্দেশ ধৌত করিয়া চক্ষু পরিষ্কৃত রাখিতে আদিষ্ট হয়। চক্ষুতে উগ্র কষ্টিক লোশন ব্যবহার করিলে, অথবা অধিক দিন কষ্টিক লোশন ব্যবহার করিলে, পুটীয় কনজংটাভা কৃষ্ণবর্ণ হইয়া যায়; এজন্য কষ্টিক ব্যবহার করিয়াই ২।১ মিনিটের মধ্যেই সাধারণ লবণ মিশ্রিত জল বা সোডিয়ম ক্লোরাইড লোশন (৬০ ব্য) দ্বারা তৎস্থান ধৌত করা বিধেয়। এইরূপ ব্যবস্থায় অসুবিধা হইলে এবং রোগী অত্যল্পবয়স্ক হইলে, ক্ষুদ্র পিচকারি দ্বারা অতিসাবধানে মুদিত চক্ষুর অন্তর্দ্দেশ উক্ত লোশনাদি (৩।১০।১১।১২।১৬।২২ ২৪।২৬ ব্য) দিয়া ধৌত করা উচিত। কষ্টিক লোশন ব্যবহারে প্রায়ই জ্বালা যন্ত্রণা করে। তন্নিবারণার্থে কষ্টিক ব্যবহারের পূর্ব্বে ও পরে কোকেন লোশন (৩৪ ব্য) ২।৪ বার চক্ষুতে পাতিত করা বিধেয়। রোগী দুর্ব্বল ও ক্ষীণ হইলে, এই সঙ্গে

সঙ্গে কুইনাইন অথবা ষ্টিল প্রভৃতি বলকর ঔষধ (১২৭, ১৩০, ১৩৮, ১৪০, ১৪১, ১৪২, ব্য) সেবন করিতে দেওয়া যায়। সর্ব্বদা বাইক্লোবাইড লোশনাদিতে (১০।২৬।১৬ ব্য) অথবা কদুষ্ণ জলে চক্ষুব ক্লেদ ধৌত করা অত্যাবশ্যক; এবং কদুষ্ণ জলেব পবিবর্ত্তে কখন কখন বাইক্লোরাইড্ অব মার্কিরি লোশনেব (৪৬ পৃষ্ঠা দেখ) পিচকাবি দিয়াও চক্ষু ধৌত করিতে পারা যায়। উক্ত লোশন মিশ্রিত উষ্ণ জলে কোমল বস্ত্র ভিজাইয়া তদ্দ্বারা আস্তে আস্তে পুট-প্রান্তের মামড়ি পরিষ্কার ও রাত্রিকালে পূযস্রাবে অক্ষিপুট যুড়িয়া না যায এই অভিপ্রায়ে, তথায় ক্ষীণবল সিট্রিন অয়েণ্ট্মেণ্ট্ অথবা আইডোফর্ম্ম অযেণ্টমেণ্ট (৬৯, ৭০, ৭৩, ৭৮, ৭৬ ব্য) লাগান উচিত। কষ্টিকের ফোটা অক্ষিগোলকে পাতিত না করিয়া, নীচের পাতা উল্টাইয়া তথায় পাতিত কবা বৈধ। স্নায়বীয় যাতনা দূরীকবণার্থে, একষ্ট্রাক্ট অব্ বেলেডোনা অথবা একোনিসিয়া অয়েণ্টমেণ্ট্ (৮১।৭৯ ব্য) ভ্রূ ও রগে লেপন এবং রোগী বালক না হইলে, শয়নসময়ে পূর্ণমাত্রায় আফিঙ্গ অথবা মর্ফিয়া সেবন ও সকল রোগীর চক্ষুতে পোস্ত ঢেঁড়ি অথবা ধুতুরার জলের সেঁক ব্যবস্থা করা যায়। অক্ষিপুট অতিশয় আবক্তিম, স্ফীত ও উত্তপ্ত থাকিলে, তদুপরি শীতল জলের পটি ২।৩ মিনিট অন্তর পরিবর্ত্তন কবিযা ব্যবহার কবিতে হয। ইহাতে আরোগ্য না হইলে, হৃষ্টপুষ্ট রোগীর রগে চক্ষুর প্রান্ত হইতে ১ ইঞ্চি অন্তবে দুইটী করিযা চারি অথবা ৬টী জোঁক লাগাইযা বক্তমোক্ষণ করা ও তৎপরে তথায় বরফ বন্ধন করা বিধেয়। কিন্তু নিতান্ত শিশুদিগেব পক্ষে বরফ ও জোঁক ব্যবহাব করা বৈধ নহে।

নিতান্ত শিশু ও অল্পবয়স্ক বালকদিগের চক্ষুতে কষ্টিক লোশন দেওয়া বিশেষ কষ্টকর। তাহাবা চক্ষুতে লোশন দিবার সময় যেরূপ নড়িতে চড়িতে ও কোঁত পাড়িতে থাকে, তাহাতে কোনক্রমেই ঐ লোশন চক্ষুতে দেওযা যায না। এরূপস্থলে, বালকের মস্তক দৃঢ়রূপে স্থিরভাবে ধরিযা ও নিম্নপুট অল্প খুলিয়া "আই-ড্রপ" বা পিচকাবী দ্বারা অথবা ডাং এডগাব ব্রাউন বর্ণিত সছিদ্র শূন্যগর্ভ লিড-রিট্রাক্টর দ্বারা উক্ত লোশনে উর্দ্ধ পুটাক্ষি-গহ্বব পর্য্যন্ত চক্ষুর সমস্ত অন্তর্দ্দেশ ধৌত করা বিধেয়। এই সকল উপায় ব্যর্থ হইলে, তুলিকা দ্বারা যত দূব পারা যায়, তত দূব লেপিযা দেওয়া যায। তৎপবে চক্ষু মুদিত

রাখিয়া বাইক্লোরাইড লোশনে রাত্রিদিন ৩।৪ বার চক্ষুর বহির্দ্দেশ ধৌত করিতে হয়। চারি পাঁচ দিনের মধ্যেই রোগের বিলক্ষণ উপশম হইয়া থাকে, এবং বালক রোগী চক্ষু খুলিতে আরম্ভ করে ও চক্ষু হইতে ক্লেদ নির্গত হয় না। অতঃপর কষ্টিক ব্যবহার পরিত্যাগ করা এবং কেবল বাইক্লোরাইড লোশন অথবা তৎপরিবর্ত্তে বোরাসিক লোশন (২২, ২৪ ব্য) ৩।৪ বার ব্যবহার করা উচিত। কিন্তু, রোগ প্রত্যাবৃত্ত হইলে, পুনর্ব্বার কষ্টিক ব্যবহার করা উচিত। ক্লেদস্রাব থাকিতেং কষ্টিক ব্যবহার পরিত্যাগ করিলে, রোগ পুনঃপ্রত্যাবর্ত্তন করে; এবং অতিরিক্ত ব্যবহার করিয়া কর্ণিয়া সর্ব্বতঃ আবিল হইয়া থাকে এবং কোন২ স্থলে পুটীয় কঞ্জংটাইভা হইতে রক্তস্রাব ও হয়। অতিরিক্ত কষ্টিক ব্যবহারে কর্ণিয়া আবিল হইলে, প্রসারীণ লোশনে (৪৯ ব্য) তাহা নির্দ্দোষে আরাম হইয়া যায়।

ভন্ গ্রেফি প্রভৃতি অনেকানেক প্রসিদ্ধ ডাক্তার স্বহস্তে একে একে উভয় অক্ষিপুট উণ্টাইয়া পুটীয় কনজংটাইভায়, টার্সো অর্ব্বিটাল ও সেমিলিউনার ফোল্ডে, অথবা কনজংটাইভা কিমোসিস যুক্ত হইয়া পুট-মধ্য দিয়া বহির্গত হইয়া আসিলে তথায়, লোশনের পরিবর্ত্তে, ক্ষীণবল বাতি কষ্টিক (১ ব্য) আস্তে আস্তে বুলাইয়া দিয়া থাকেন। এই কষ্টিক প্রদানের পূর্ব্বে উক্ত স্থান এক খণ্ড বস্ত্র দ্বারা অনার্দ্র ও পূয়-রহিত করিতে হয়। ১০।১৫ সেকেণ্ডের মধ্যেই স্পৃষ্ট স্থান শুক্লবর্ণ হইয়া পড়ে। এই সময়ে একজন সাহায্যকারী শীতল জল বা সল্ট লোশন (সাধারণ লবণ ৫ গ্রেণ, জল ১ ঔন্স) অথবা সোডিয়ম ক্লোরাইড লোশন (৬০ ব্য) দ্বারা চক্ষু ধৌত করিয়া অতিরিক্ত কষ্টিক ধৌত অথবা স্পৃষ্ট কষ্টিকের তেজঃ খর্ব্ব করিয়া দেন। ১ ভাগ নাইট্রেট্ অব সিলভারের সহিত ১।২।৩ ভাগ নাইট্রেট অব পোটাস মিশ্রিত করিয়া উগ্র, মধ্য ও ক্ষীণবল বাতি প্রস্তুত হইয়া থাকে (১ ব্য, দেখ)। বিশুদ্ধ কষ্টিক প্রদত্ত হইলে, কনজংটাইভা দগ্ধ হইয়া আরোগ্যান্তে ক্ষতকলঙ্কিত হইতে পারে বলিয়া, তাহা ব্যবহৃত হয় না। যাহাহউক, রোগী সহজে এবম্বিধ চিকিৎসার বশবর্ত্তী না হইলে, ক্লোরোফর্ম্ম ব্যবহার করা অত্যাবশ্যক। কারণ, এই কষ্টিক প্রদানেই পূয়োৎপাদক ইপিথিলীয়াল্ স্তর সকল বিনষ্ট হওয়ায়, রোগী অত্যল্প সময়ের মধ্যেই সমধিক উপকার লাভ করে। যত দিন (সাধারণতঃ ৫।৭ দিন) উক্ত

স্থানে পুনঃপূয়োৎপত্তি হইতে থাকিবে, ততদিন পর্য্যন্ত প্রত্যহ এক এক বার এই ক্ষীণবল বাতি ব্যবহার করিলে, পূয়োৎপত্তি একেবারে স্থগিত হইয়া যায়। কিন্তু, পূয়োৎপত্তির পূর্ব্বে, অথবা কর্ণিয়ায় কিম্বা অক্ষিগোলকের কনজংটাইভায় এই কষ্টিক ব্যবহার করা কদাচ বৈধ নহে; করিলে বিপদ ঘটে। এই কষ্টিক ব্যবহারের পর বরফ অথবা শীতল জল দ্বারা সম্ভবতঃ অবিশ্রান্ত চক্ষু শীতল রাখা অত্যন্ত উপকারক। চক্ষু ও অক্ষিপুট আবৃত হইতে পারে, এত বড় একখানি লিণ্টের উপর একখণ্ড বরফ রাখিয়া ও তথায় তাহা গলিতে দিয়া, পরে তাহাকে চক্ষুর উপর বসাইবে; এবং তথায় উহা গরম হইতে না হইতেই আর এক খানি লাগাইবে। পুনঃ পুনঃ এইরূপ করিবে।

পুটীয় কনজংটাইভায় বাতি কষ্টিক ব্যবহৃত হউক আর নাই হউক, অক্ষিগোলকীয় কনজংটাইভা অত্যন্ত স্ফীত থাকিলে, একখানি স্ক্যালপেল অথবা স্কেয়ারিফায়ার অস্ত্র দ্বারা কর্ণিয়ার উপর পতিত কিমোসিস যুক্ত কনজংটাইভাকে কর্ণিয়া হইতে পুটাভিমুখে অগভীরভাবে চিরিয়া দিয়া অন্তত ১০মিনিট কাল পর্য্যন্ত তৎস্থান কদুষ্ণ জল দ্বারা ধৌত করত রক্তমোক্ষণ করা ও তৎপরে তথায় শীতল জলের পটী দেওয়া উচিত। কিন্তু, অসংখ্য অথবা পুনঃপুনঃ বিদারণ অথবা রোগী কোঁত পাড়িতে থাকিলে তৎসময়ে, এই বিদারণ করা কদাচ বৈধ নহে। অপিচ, এই সময়ে চক্ষুতে কোনরূপ চাপ দেওয়াও উচিত নহে। চাপে অথবা কোঁত পাড়িলে, যদি কর্ণিয়া ক্ষতযুক্ত থাকে, তবে তাহা ফাটিয়া যাইতে পারে। এই অস্ত্রসাধনে কর্ণিয়া অক্ষুণ্ণ থাকিতে পারে। কিন্তু কর্ণিয়া অল্প বা অধিক আবিল হইলে, প্রতিদিন ৩।৪ বার য়্যাট্রোপীন্ লোশন (৩৭।৩৯।৪০ ব্য) চক্ষুতে পাতিত করা অত্যাবশ্যক। কষ্টিক লোশনের দুই এক ঘণ্টা পরে য়্যাট্রোপীন ব্যবহার করিতে হয়।

পিউরিউলেণ্ট কঞ্জংটিভাইটিস ও পিউরিউলেণ্ট কেরাটাইটিস রোগের চিকিৎসা উক্ত হইল। অতঃপর কর্ণিয়া ক্ষতযুক্ত হইলে, কষ্টিক লোশন ব্যবহার না করিয়া, রোগের আদ্যন্ত চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন্ লোশন (৩৯, ৪০ ব্য) ও পুটীয় কনজংটাইভায় ক্ষীণবল কষ্টিক্ পেন্সিল ঘর্ষণ ভিন্ন চক্ষুতে অন্য কোন ঔষধ প্রয়োগ করা কদাচ বৈধ নহে। কিন্তু কেহ ২ বলেন যে কর্ণিয়ায়

ক্ষত সত্ত্বেও যদি অপরিমিত পূয়স্রাব থাকে, তবে কষ্টিক লোশন ব্যবহার করা নিষিদ্ধ নহে। ক্ষত গভীর হইলে, যাহাতে লেন্স আঘাতিত না হয়, এরূপভাবে একটী নিডল্ দ্বারা স্কেরটিকের নিকটবর্ত্তী কর্ণিয়া ছিদ্রিত করিয়া আস্তে আস্তে য্যাকিউয়স নির্গত করিলে, চক্ষুর যাতনা নিবৃত্তি হয়, এবং য্যাট্রোপীন ব্যবহারে আইরিস প্রসারিত থাকায়, তাহা ক্ষত স্থান ভেদ করিয়া বহির্গত হইতে পারে না। কর্ণিয়ায় আইরিস সংলগ্ন হইয়া পড়িলে, সেই সংযোগও এতদ্দ্বারা ছিন্ন হইয়া যায়। অপিচ, এদিকে য্যাকিউয়স নির্গত হওয়ায় চক্ষুর বিতান লঘু হয়, সুতরাং ক্ষতস্থান ক্রমে আরোগ্য হইতে থাকে, এবং আরোগ্য হইলেও তথায় কোনরূপ দাগ থাকে না। ৬ ঘণ্টা অন্তর চক্ষুতে উগ্রবল য্যাট্রোপীন লোশন (৩৮ ব্য) প্রয়োগেও চক্ষুর যাতনা হ্রাস হয় এবং ক্ষতযুক্ত কর্ণিয়াও ফাটিয়া যাইতে পায় না। রাত্রিকালে যাতনার বৃদ্ধিতে নিদ্রা হয় না বলিয়া শয়নসময়ে ক্লোরাল ও ব্রোমাইড মিক্শ্চার (১১১ ব্য) সেবন করা বৈধ। এই যাতনা নিবারণার্থে ললাটদেশে বেলেডোনা অয়েণ্টমেণ্ট (৮১ ব্য) প্রত্যহ ৩।৪ বার মৃক্ষণ করা এবং মর্ফিয়া সেবন করাও উচিত; এবং হৃষ্ট-পুষ্ট রোগীর পক্ষে রগে রিষ্টার বা জোঁক লাগান উচিত। যাহাহউক, আইরিস বহির্গত হইয়া পড়িলে, উহার বহির্গত অংশ ছেদন করা বিধেয়। লেন্স বহির্গত হইতে থাকিলে, তাহাকেও ঐ সঙ্গে সঙ্গে ক্যাপসিউল ছিন্ন করিয়া বহির্গত করা এবং ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষুকে আবদ্ধ রাখা শ্রেয়ঃ এইরূপ করিয়া ক্ষতাদি আরোগ্য হইলেও যদি কিয়দংশ কর্ণিয়া স্বচ্ছ থাকে, তবে ভবিষ্যতে কৃত্রিম তারা করিবার অস্ত্রসাধন করিয়া ব্যবহারোপযোগী দৃষ্টি পাইবার বিলক্ষণ সম্ভাবনা থাকে।

এই রোগ প্রত্যাবৃত্ত হইবার বিলক্ষণ সম্ভাবনা আছে, সুতরাং সম্পূর্ণ নিরাময় পর্য্যন্ত চিকিৎসাদি করা বৈধ। প্রত্যাবৃত্ত হইলে, পুনর্ব্বার নাইট্রেট অব সিলভার ব্যবহার করা উচিত। কারণ, উহাই এই রোগের মহৌষধ। কিন্তু, ক্রণিক হইয়া পড়িলে প্রতিদিন কষ্টিক ব্যবহার করা বৈধ নহে। পুট পরীক্ষায় গ্রানিউলেশন বোধ হইলে, গ্রানিউলার কঞ্জংটিভাইটিস রোগের ন্যায় চিকিৎসা করা বৈধ।

আমেরিকা দেশস্থ ডাং থিওবোল্ড সাহেব এই রোগে চক্ষুতে বোরাসিক্

এসিড লোশন্ (২২, ২৪ ব্য) ব্যবহার করিতে আদেশ করেন। বাস্তবিক, প্রতিদিন ৩।৪ বার উক্ত লোশন চক্ষুতে ব্যবহার করিলে, ক্লেদস্রাব ও চক্ষুর উত্তেজনায় বিলক্ষণ উপকার পাওয়া যায়। কর্ণিয়ায় ক্ষত থাকিলে এবং ক্রণিক স্থলেও এই ঔষধ প্রযোজ্য। এবম্বিধ স্থলে, ডাং ম্যাকনামারা, কেলি ও স্যাণ্ডাস সাহেব এসিড্ বোরাসিক ও য়্যাট্রোপিয়া লোশন (৩৯, ৪০ ব্য) ব্যবস্থা করিয়া সমধিক উপকার দেখান।

শারীরিক অন্যান্য পীড়া অনুধাবন করিয়া এই রোগেও পথ্য এবং স্নানের ব্যবস্থা দেওয়া যায়। যাহাতে শ্লেষ্মা বৃদ্ধি হয় একপ কোন কার্য্য করা অনুচিত। তদ্ভিন্ন, অবাধে অনপকারক উত্তম খাদ্য দ্রব্য আহার এবং প্রযোজনমতে উষ্ণ ও শীতল জলে স্নান করা যাইতে পারে।

রোগীকে বায়ু-চল অন্ধকারময় গৃহে অন্যান্য ব্যক্তি হইতে অসংশ্লিষ্টভাবে আবদ্ধ রাখা উচিত, এবং তথায় একাকী থাকায় মানসিক উদ্বেগ উপস্থিত হইলে, মধ্যে মধ্যে বন্ধুবর্গের সহিত কথোপকথন এবং প্রাতঃসন্ধ্যা বিশুদ্ধ বায়ুসেবন করিতে অনুমতি দেওয়া উচিত। গামছা ও বস্ত্রাদি রোগীর ব্যবহৃত কোন দ্রব্য অপর কাহারও ব্যবহার করা কদাচ বৈধ নহে। কি আত্ম-পরিবার, কি বিদ্যালয়, কি সৈনিকদল, কি সাধারণ সমাজ ও চিকিৎসালয়, এই রোগাক্রান্ত ব্যক্তিকে অপরাপর লোকের সংস্রবে রাখা সর্ব্বতোভাবেই অনুচিত। রোগীর চক্ষুর ধৌত জলকণাদি যদি ঔষধ-প্রদান-কালে অথবা অন্য কোনরূপে শুশ্রূষাকারক অথবা অপর কোন ব্যক্তির চক্ষুতে প্রবিষ্ট হয়, তবে তৎক্ষণাৎ কিয়দুষ্ণ জলে চক্ষু ধৌত করিয়া, ক্ষীণবল কষ্টিক লোশন (৩ ব্য) অথবা য়্যালম ও জিঙ্ক লোশন (১৫ ব্য) অথবা বাইক্লোরাইড লোশন (১০ ব্য) চক্ষুতে ২।১ ফোটা দেওয়া উচিত। এই নিমিত্তই শুশ্রূষাকারক চক্ষুতে নীলবর্ণের চসমা ব্যবহার করিয়া অতিসাবধানে রোগীকে ঔষধাদি প্রদান করিয়া থাকেন। একটী চক্ষু সুস্থ থাকিলে, তাহা পীড়িত চক্ষুর ক্লেদস্পৃষ্ট হইবে এই আশঙ্কায়, পচননিবারক গজ ও পশমের প্যাড ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা পীড়িত চক্ষুটী চিকিৎসা করিবার অগ্রেই আবদ্ধ রাখা ও প্রত্যহ মধ্যে মধ্যে সেই চক্ষু ও সেই চক্ষুর পাতা ও ভ্রূদেশ সর্ব্বস্থান বাইক্লোরাইড লোশন (১০ ব্য) দ্বারা পরিষ্কার ও ধৌত করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। ব্যাণ্ডেজের পরিবর্ত্তে বনাতে ঘড়ির কাচ লাগাইয়া

তাহা ললাট, গণ্ড ও নাসিকায় আবদ্ধ রাখিয়া এবং বায়ুপ্রবেশের নিমিত্ত নীচের দিকে খোলা রাখিয়া চক্ষু আবদ্ধ করিলে, তদ্দ্বারা দর্শন কার্য্যের বাধা জন্মে না। জ্বর-বোধ ও জিহ্বা লেপযুক্ত হইলে, বেড-পিল (৮৮ ব্য) প্রভৃতি মৃদু জোলাপ দ্বারা কোষ্ঠ পরিষ্কার করা বিধেয, নতুবা এই রোগে সাধারণত জোলাপাদি ব্যবস্থা করা যুক্তিযুক্ত নহে। রোগীর নাড়ী পরীক্ষা করিয়া রম মিক্শ্চার (১০৭ ব্য), কুইনাইন, ইন্‌ফিউশন বার্ক অথবা যাতনা থাকিলে, তৎসঙ্গে সঙ্গে এমোনিয়া এবং মর্ফিয়া সেবন করিতে দেওয়া উচিত। কিন্তু, তাহাতে যাতনার বৃদ্ধি হইলে, তাহা ব্যবহার করা উচিত নহে। রোগী পুরাতন জ্বরে ভুগিতে থাকিলে, পুরাতন জ্বরমিশ্র (১৬, ১৩৫ ব্য) সেবন করা বৈধ।

গণোরিয়াল্ অপ্‌থালমিয়া। (GONORRHŒAL OPHTHALMIA)

এই ভয়ঙ্কর চক্ষুর্নাশক রোগ চক্ষুতে মেহবীর্য্য সংস্পৃষ্ট হইয়াই জন্মে। এই নিমিত্ত সচরাচর বারবিলাসিনীদিগের এবং স্ত্রীলোক অপেক্ষা পুরুষদিগেরই সুতরাং বামচক্ষু অপেক্ষা দক্ষিণ চক্ষুতেই এই রোগ হইতে দেখা যায়। এই রোগে চক্ষু হইতে যে অপরিমিত পীতবর্ণ ক্লেদ স্রস্ত হয, তাহাও দেখিতে ঠিক জননেন্দ্রিয-প্রসূত মেহ-বীর্য্যের ন্যায।

এই রোগের লক্ষণাদি প্রবৃণিত পিউরিউলেণ্ট অপ্‌থালমিয়া রোগের ন্যায় বলিয়া, এস্থলে তাহা স্বতন্ত্র উল্লেখ করা গেল না। যাহাহউক, এই রোগে সংস্পর্শের অল্পক্ষণপরেই চক্ষুতে বালুকাকণা পতিতবৎ চক্ষু অল্প কর-কর করিতে থাকে এবং ৬ঘণ্টা হইতে ১৮ ঘণ্টার মধ্যেই পিউরিউলেণ্ট কনজংটিভাই-টিসের ন্যায চক্ষু ও অক্ষিপুট উষ্ণ, স্ফীত ও আরক্তিম হইয়া চক্ষু হইতে ক্লেদস্রাব হইতে থাকে। এই রোগে কর্ণিয়া অতিসত্বর ক্ষত হইয়া পচিয়া যাইতে পারে বলিয়া চিকিৎসায কালবিলম্ব করা কদাচ বৈধ নহে। চক্ষু উন্মিলিত করিয়া দেখিলে, কোন কোন স্থলে, প্রারম্ভ হইতেই এই রোগে ডিফ্‌থেরিটিক্ কনজংটিভাইটিসের লক্ষণাদি দেখিতে পাওয়া যায়। ক্লেদস্রাব ধূসরবর্ণও জলবৎ পাতলা হয, এবং চক্ষু একেবারে বিনষ্ট হইয়া যায়।

যত দিন পর্য্যন্ত মেহ রোগ থাকে, ততদিন পর্য্যন্ত, বিশেষত তৃতীয় সপ্তাহেই কোন না কোন রূপে হস্তাদি দ্বারা উক্ত মেহবীর্য্য চক্ষুস্পৃষ্ট হয় এবং একটী চক্ষুকে পীড়িত করিয়া অপরটীকে সংক্রামিত করিতে পারে; এবং আরোগ্যান্তে গণোরিয়া পুনঃপ্রত্যাবৃত্ত হইয়াও এই রোগ পুনরানীত হয়। সুতরাং এই সকল বিষয়ে গণোরিয়া-রোগগ্রস্ত ব্যক্তির সতর্ক থাকা উচিত।

চিকিৎসা।—কষ্টিক, য্যাষ্ট্রিনজেণ্ট লোশন ও শীতল জল প্রভৃতি চক্ষুতে প্রদানোপযোগী ঔষধ পিউরিউলেণ্ট রোগে বর্ণিত হইয়াছে। তবে, কেবল শারীরিক চিকিৎসা বিধান করিবার উদ্দেশেই এস্থলে এই রোগের, পুনরনুশীলন করা হইয়াছে। এই রোগী অতিশয় দুর্ব্বল ও চিন্তিত থাকেন বলিয়া, রোগারম্ভ হইতেই গণোরিয়া রোগসত্ত্বেও যদৃচ্ছাক্রমে বলকর ও তেজস্কর ঔষধ ও পথ্যাদির ব্যবস্থা করা নিতান্ত যুক্তিসঙ্গত। নতুবা, কর্ণিয়া পচিয়া যাইতে পারে।

ডাক্তার লসন সাহেব, জোলাপে কোষ্ঠ পরিষ্কার করাইয়া ২ গ্রেণ মাত্রায় কুইনাইন এবং গাত্র উষ্ণ, পিপাসাবোধ, ও জিহ্বা লেপযুক্ত থাকিলে, ইফার্ভেসিং মিক্শ্চার (১০৮ বা) নতুবা নাইট্রো-মিউরিয়েটিক মিক্শ্চার (১০৯ বা) সেবন করিতে অনুমতি দেন। বেদনা থাকিলে, শয়ন সময় আফিঙ্গ সেবনে মহদুপকার দর্শে। গণোরিয়ার উপকারার্থে গণোরিয়া মিক্শ্চার (১১০ বা) সেবন করা উচিত। ভাইনম্ কলচিসাই, বালসম্ কোপেবা অথবা ইয়েলো সাণ্ডাস উড় অয়েল পূর্ণমাত্রায় কতিপয় দিবস সেবন করিবার ব্যবস্থাও যুক্তিবিরুদ্ধ নহে। পরিশেষে ইহাও বক্তব্য যে, এই রোগ ডিফথেরিটিক কনজংটিভাইটিসের আকৃতি-প্রকৃতি ধারণ করিলে, চক্ষুতে কষ্টিক ব্যবহার করা কদাচ বৈধ নহে। তদ্বিধ স্থলে, কুইনাইন, বাইব্রোমাইড অথবা বোরাসিক এসিড লোশনে (২১, ১০, ২২ বা) বিশেষ উপকার দর্শে। টরেণ্টো নগরের ডাক্তার বরণহাম সাহেব এই রোগে বিশেষতঃ যথায় কর্ণিয়ায় গভীর ও স্বচ্ছ ক্ষত হইয়া কর্ণিয়া ছিদ্রিত ও আইরিস বহিঃসৃত হইবার সম্ভাবনা আছে তথায়, কার্বলিক এসিড লোশন (শতকরা ৫ ভাগ) ব্যবহার করিতে বলেন। যথায় কঞ্জংটাইভা সজলস্ফীত ও কিমোসিস যুক্ত, অক্ষিপুট কঠিনস্ফীত এবং পুটীয় কঞ্জংটাইভা ডিফথারিটিক রোগের লক্ষণাক্রান্ত

তথাযও এতদ্দ্বারা উপকার দর্শে। কিন্তু, কর্ণিযায় ক্ষতাদি না থাকিলে এতদ্দ্বারা উপকার পাওযা যায় না। রোগী শয্যায় শায়িত থাকিবে; পার্শ্বে বরফ জলপূর্ণ বৃহৎ পাত্র রাখিয়া, সেই জলে সর্ব্বদা চক্ষু ধৌত করিবে ও চক্ষুতে সর্ব্বদা শীতল জলের পটি (লিণ্ট) মুদিত পাতার উপরি রাখিবে; এবং প্রতিঘণ্টায় উক্ত কার্বলিক লোশন (২৬ ব্য) চক্ষুতে দিবে। ক্লেদস্রাব কমিযা যাইলে, কার্বলিকের মাত্রা রোগশেষ পর্য্যন্ত শতকরা ২ঃ ভাগ হইবে।

চক্ষুতে ঔষধ প্রদানের সঙ্গে সঙ্গে শারীরিক মেহ রোগের চিকিৎসা করা সর্ব্বতোভাবে শ্রেয়ঃ। প্রবল অবস্থায় জননেন্দ্রিয়ে কষ্টিক প্রভৃতি উগ্র লোশনের পিচকারী দেওযা বৈধ নহে। যদি পিচকারী দেওয়া নিতান্ত প্রয়োজন হয়, তবে সাধারণ কদুষ্ণ জলের পিচকারী অথবা পার্মাঙ্গানেট অব পোটাসিয়ম বা বোরিক এসিডের পিচকারী দেওযাই বৈধ। ইউক্যালিপ্টস ও আইওডোফর্মের বুজি এবং সল্‌ফো কার্বোলেট অব জিংকের (২ গ্রেণ, জল ১ ঔন্স) পিচকারী এবং কোপেরা সেবনও উপকারজনক। সম্ভবতঃ প্রস্রাবের জ্বালা একশিরা ও বাগী হইবার উপক্রম নিবারণার্থে ইফার্ভেসিং সাইট্রেট অব পোটাস (১০৮ ব্য) সেবন বৈধ। দুগ্ধ, ডাল, সুমৎস্য ও সুমাংসের ঝোল, বার্লি মাখম, রুটি, বিস্কুট প্রভৃতি উত্তম খাদ্য। মদ্যপান নিষেধ (১৮ ব্য দেখ)। ইহাতেও বিফল হইলে পরে কষ্টিক লোশনের (২।৫ গ্রেণ, জল ১ ঔন্স) পিচকারী দেওযা উপকারজনক।

নব-প্রসূত শিশুদিগের অপথাল্‌মিয়া রোগ।

(OPHTHALMIA NEONATORUM)

এই রোগকেও ক্যাটারাল্ অথবা পিউরিউলেণ্ট কনজংটিভাইটিস্ ভিন্ন অন্য কোন স্বতন্ত্র রোগ বলা যায় না। তবে, দুই চারিটী স্বতন্ত্র কথা বলিবার নিমিত্তই এস্থলে ইহার উল্লেখ করা গেল।

ভূমিষ্ঠ হইবার দিবস হইতে সচরাচর ৮।৯ দিবসের মধ্যেই বালকের এই রোগ ঘটে। এই রোগে, বিশেষতঃ অযুক্ত চিকিৎসিত হইয়া বহুসংখ্যক নবপ্রসূত

বালক যাবজ্জীবন অন্ধ হইয়া থাকে। কিন্তু, যত্নপূর্ব্বক বিধিমত চিকিৎসা করিলে, এবং রোগ অতিশয় গুরুতর না হইলে, এই রোগ সম্পূর্ণ আরোগ্য হইতে পারে।

লক্ষণ।—চক্ষু হইতে সামান্য ক্লেদস্রাব এবং নিদ্রাকালে সেই ক্লেদে পুটদ্বয় সংযুক্ত হওয়া দেখিয়া, নবপ্রসূত বালকের ধাত্রীই সর্ব্বপ্রথমে এই রোগের অনুমান করে। ক্রমে পূযস্রাব অধিক ও তাহা ক্রমে পিউরিউলেণ্ট রোগজ পূযের ন্যায় শ্বেতপীতাদি নানা বর্ণ ধারণ করে, এবং অক্ষিপুট আরক্তিম ও স্ফীত হইয়া উঠে। বাস্তবিক, এই রোগে, সামান্য ক্যাটারাল্ কনজংটি-ভাইটিস্ হইতে গুরুতর পিউরিউলেণ্ট রোগজ যাবতীয় লক্ষণাদি প্রকাশ হইতে পারে। প্রথমে একটী চক্ষু বিশেষ যত্নসহকারে ও উপযুক্তরূপে চিকিৎসিত না হইলে, ২।১দিন পরে, অপর চক্ষুও এই রোগাক্রান্ত হইতে পারে; এবং অযত্নে, বিশেষতঃ দুর্ব্বল শিশুদিগেরই কর্ণিয়া পীড়িত হইয়া চক্ষু বিনষ্ট হইয়া যায়।

কারণ।—প্রসবসময়ে, প্রসূতির লিউকোরিয়া বা গণোরিয়া রোগ থাকিলে, প্রসবদ্বার দিয়া বহির্গমন কালে উক্ত ক্লেদ সংস্পৃষ্ট হইয়াই সন্তানের এই রোগ ঘটে। স্ত্রীযোনি-সমুদ্ভূত, রস-মিশ্রিত বস্ত্র বা হস্ত দ্বারা নবপ্রসূত বালকের চক্ষু মুছাইয়া দিলেও এই রোগ জন্মে। যাহাহউক, এবম্বিধ স্পর্শজ না হইয়াও কখন কখন তীক্ষ্ণ রৌদ্র বা হঠাৎ বায়ু সংস্পর্শে অথবা অপরিষ্কৃত থাকিয়াও এই রোগ হইতে দেখা যায়। কিন্তু, এই শেষোক্ত স্থল সকল বালকের ভূমিষ্ঠ হইবার ২।৩ সপ্তাহ পরেই প্রায়ত ঘটে।

চিকিৎসা।—প্রসবান্তে বালকের মুদিত চক্ষু কদুষ্ণ জলে পুনঃ পুনঃ প্রক্ষালন করিলে, প্রসবগৃহের শয্যা ও বস্ত্রাদি পরিষ্কার পরিচ্ছন্ন রাখিলে এবং বালকের গাত্রমার্জ্জন সময়ে ধাত্রী বা জননীর হস্ত পরিষ্কৃত থাকিলে, অথবা তৎসময়ে তাহাদের এই স্পর্শাক্রামক রোগের বিষয় স্মরণ থাকিলে, এই রোগ ঘটিবার অল্প সম্ভাবনা থাকে।

চক্ষু আরক্তিম, উত্তেজিত ও পিচুটিপূর্ণ হইলে, য়্যালম্, জিঙ্ক অথবা বাইক্লোরাইড বা বোরাসিক লোশন (১৩, ১৪, ১৫, ২২, ১০ ব্য) চক্ষুতে প্রত্যহ ৩।৪ বার প্রদান ও মধ্যে মধ্যে কদুষ্ণ জলে চক্ষুর পিচুটি পরিষ্কার করা বিধেয়।

কষ্টিক লোশন (৩ ব্য) এবং এমত কি, প্রযোজন হইলে ক্ষীণবল কষ্টিক পেন্সিল ও তৎসঙ্গে সঙ্গে অন্যান্য য্যাষ্ট্রিঞ্জেণ্ট লোশনও ব্যবহার কবা যাইতে পারে। প্রাতঃসন্ধ্যা বালকের পুটপ্রান্তে ক্ষীণবল সিট্রিন্ ইয়েলো বা আইডোফর্ম্ম অয়েটমেট কজ্জলবং প্রলেপন কবা ও গুরুতর স্থলে, আবশ্যকমতে রগে জোঁক লাগান, কন্‌জংটাইভা বিদাবণ ও শীতল জলেব পটি প্রভৃতি ব্যবহাব এবং কর্ণিয়া পীড়িত থাকিলে, য্যাট্রোপীন্ ও বোরাসিক এসিড লোশন প্রভৃতি ব্যবস্থা কবিয়া যেরূপ চিকিৎসা কবিতে হয়, তৎসমুদয়ই পিউরিউলেণ্ট ও গণোবিয়াল কঞ্জংটিভাইটিস বোগ-চিকিৎসায় উক্ত হইয়াছে। সন্তানের জননী অথবা স্তন্যদাত্রীর স্বাস্থ্য বিষয়ে বিশেষ যত্ন বাখা উচিত। ধাত্রীকে ঔষধাদি প্রদানের ভাব দিয়া, স্তন্য-দুগ্ধাশযে ও প্রসবক্লেশ দূব কবিবাব নিমিত্ত বালকেব জননীকে অন্ততঃ কতিপয় দিবস সুস্থ হইতে দেওযা উচিত।

এই বোগান্তে কর্ণিয়া পীড়িত হইয়া, ক্ষত, অস্বচ্ছতা ও ষ্ট্যাফিলোমা প্রভৃতি যে যে বোগ আনযন কবে, তৎসমুদযেব চিকিৎসা তত্তৎস্থানেই বর্ণিত হইবে।

ডিফ্‌থেরিটিক্ কন্‌জংটিভাইটিস্ (DIPHTHERITIC)

এই বোগকে ক্রুপস অপথাল্মিয়া এবং মেম্ব্রেণস বা সিউডো-মেম্ব্রেণস কঞ্জংটিভাইটিস বোগও বলে। পিউবিউলেণ্ট কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগাপেক্ষা এই বোগ অতিশয় ভয়ানক। ইহাতে প্রতিক্ষণেই কর্ণিয়ায় ক্ষতাদি হইয়া চক্ষু বিনষ্ট হইবাব সম্পূর্ণ সম্ভাবনা আছে। ইংলণ্ড ও ভাবতবর্ষে এই বোগ সচরাচব হইতে দেখা যায় না। জার্ম্মেনি প্রদেশেই এই রোগেব ভয়ঙ্কর প্রাদুর্ভাব। যাহাহউক, সচরাচর উভয় চক্ষুই এই রোগে পীড়িত হইয়া থাকে।

লক্ষণ।—যদ্রূপ আকৃতি, প্রকৃতি ও লক্ষণাদি দেখিয়া শরীরের অন্যান্য অঙ্গেও ডিফ্‌থীরিয়া রোগের ভ্রম হয় না, কন্‌জংটাইভা সম্বন্ধেও তদ্রূপ। জিহ্বামূলের পশ্চাৎভাগস্থ গলনলীব ঊর্দ্ধদেশে এবং শবীরের অপরাপর অঙ্গে মিউকস মেম্ব্রেণ হইতে যদ্রূপ অল্প পীতবর্ণ ফাইব্রীনযুক্ত (Fibrine) সূত্রময়

তরল রস নির্গত হয়, এই রোগে কনজংটাইভার মিউকস মেম্ব্রেণ হইতে ঠিক তদ্রূপ ফাইব্রীণযুক্ত রস নির্গত হইতে থাকে। এই ফাইব্রীণ উত্তোলিত করিতে গেলে, খণ্ড খণ্ড হইয়া বহির্গত হয় এবং তৎসঙ্গে সঙ্গে রক্তাক্ত তরল রস নির্গত হয়। এই ফাইব্রীণ কেবল উপরিভাগে ঘটে এমত নহে; মিউকস মেম্ব্রেণের কনেক্‌টিভ টিস্থতেও জন্মে। দুই তিন দিবসের মধ্যেই পুটদ্বয় সহসা ভয়ানক স্ফীত এবং অতিশয় উত্তপ্ত, কঠিন ও পাটলবর্ণ হয়। উহাতে অঙ্গুলিস্পর্শ পর্য্যন্তও সহ্য হয় না। পিউরিউলেণ্ট্ কনজংটিভাইটিস রোগে চেষ্টা করিলে অক্ষিপুট উণ্টাইতে পারা যায়; কিন্তু এই রোগে উহা কদাচ উণ্টাইতে পারা যায় না; এমত কি, রোগীকে বিশেষ কষ্ট না দিয়া পৃথক করাও যায় না। জ্বর এবং ললাট ও মস্তক পর্য্যন্ত চক্ষুর নিদারুণ যাতনা এই রোগের আনুষঙ্গিক লক্ষণ। কনজংটাইভা প্রথমে ২।১দিনের মধ্যেই কিঞ্চিৎ পীত-ধূসর বর্ণ, মসৃণ ও চিক্কণ হয় এবং স্থানে স্থানে ইকাইমোসসের রক্তচিহ্ন দেখা যায়। পুটায় কনজংটাইভাও স্থানে স্থানে রক্ত, পীত ও ধূসর বর্ণে চিত্র-বিচিত্রীকৃত হইয়া পড়ে। এই সকল লক্ষণ দেখিয়া এই রোগকে পিউরিউলেণ্ট্ কনজংটিভাইটিস রোগ বলিয়া ভ্রম হইতে পারে না। এই রোগ সাধারণতঃ একেবারে উভয় চক্ষুতে হইয়া থাকে।

পাঁচ সাত দিবস অতীত হইলে, এই রোগ ক্রমে পিউরিউলেণ্ট রোগের আকার ধারণ করে। প্রথম ৫।৭ দিন ইহার প্রথমাবস্থা। এই সময়ে জ্বর এবং চক্ষুতে ভয়ানক বেদনা হয়। ঐ বেদনা রগে ও মস্তক পর্য্যন্ত গমন করে। এই সময়ে অল্প ক্লেদ নির্গত হয়। তৎপরে, দ্বিতীয়াবস্থায় তরল ক্লেদ ক্রমে পিউরিউলেণ্ট রোগের ন্যায় ঘন ও অতিরিক্ত হইয়া আইসে। চক্ষুতে যাতনা থাকে না; বরং চক্ষু ক্রমে গাঢ় লোহিত বর্ণ হয়। কিন্তু, তথাপিও স্থানে স্থানে পীতবর্ণ কলঙ্ক দেখা যায়। এই কলঙ্ক সকল শুষ্ক হইয়া কনজংটাইভাকে সঙ্কুচিত করিতে পারে।

তৎপরবর্ত্তী অবস্থায়, এই রোগে সচরাচর দূরবিস্তৃত ক্ষত ও পূয় হইয়া কর্ণিয়া গলিত হয়, সুতরাং তাহাতে চক্ষুর অধিকাংশ আভ্যন্তরীণ পদার্থ বহির্গত হইয়া যায় এবং গলিত স্থান পরে অবরুদ্ধ হইয়া ষ্ট্যাফিলোমা রোগ জন্মে। শেষাবস্থা অপেক্ষা রোগের প্রথমাবস্থায় কর্ণিয়া পীড়িত হইলে,

বিশেষতঃ ক্ষতস্থান রক্তশিরা-সমাবিষ্ট না হইলে, উপর্য্যুক্ত বিপদের অতিশয় সম্ভাবনা থাকে। কখন কখন আরোগ্য হইলেও পুটীয় কনজংটাইভায় ক্ষতশুষ্ক স্থান সকল উচ্চাবচ থাকিয়া, অথবা অক্ষিপুটে এণ্ট্রোপিয়ন রোগ জন্মিয়া, কর্ণিয়া ঘর্ষিত হওত ক্ষতযুক্ত ও অস্বচ্ছ হইতে পারে; সুতরাং তাহাতে দৃষ্টির বিলক্ষণ বাধা জন্মে।

পরিণাম।—রোগের প্রথমাবস্থা ভয়ানক হইলে, বিশেষ তৎসময়ে কর্ণিয়ায় ক্ষতাদি হইলে, এই রোগের পরিণাম প্রায়ই শুভজনক হয় না। যাহাহউক, প্রাদাহিক লক্ষণাদি, ফাইব্রীনযুক্ত রসস্রাবের পরিমাণ, অক্ষিপুটের স্ফীতি ও কঠিনতা এবং কিমোসিসের, বিশেষতঃ কর্ণিয়ার অবস্থা দেখিয়া এই রোগের ভাবিফল নির্ণীত হইয়া থাকে। যত দিন পর্য্যন্ত এই রোগ পিউরিউ-লেণ্ট রোগের অবস্থা প্রাপ্ত না হয়, তত দিন পর্য্যন্ত, কর্ণিয়া সুস্থ থাকিলেও এই রোগের পরিণাম শুভজনক বলিয়া স্থির করা নিতান্ত অনভিজ্ঞের কার্য্য। বালক অপেক্ষা যুবা ব্যক্তিদিগের পক্ষে, এই রোগ অতিশয় ভয়ঙ্কর। কিন্তু, যুবা অপেক্ষা বালকদিগেরই সচরাচর এই রোগ ঘটে।

কারণ।—যে সকল স্থানিক উত্তেজনায় শরীরের অপরাপর অঙ্গে ডিফ্থীরিয়া রোগজ প্রদাহোৎপত্তি হইয়া থাকে, সেই সকল উত্তেজনায় এবং শৈত্যসংস্পর্শ, চক্ষুতে সংক্রামক ক্লেদবীজ স্পর্শ ও রৌদ্র-ধূলি-ধূম-পূরিত বায়ুভোগ প্রভৃতি অন্যান্য কনজংটিভাইটিস রোগোৎপাদক কারণেও এই রোগ জন্মে। পিউরিউলেণ্ট রোগে অতিরিক্ত কষ্টিক ব্যবহার করিয়াও এই রোগ আনীত হয়। দুর্ব্বল এবং স্ক্রফুলা ধাতুবিশিষ্ট ব্যক্তিদিগের, বিশেষতঃ দুর্ব্বল ও কোমলশরীর শিশুদিগের ২ বৎসর হইতে ৮ বৎসর বয়সের মধ্যেই এবং যাহারা পিতামাতার উপদংশ দোষে দূষিত, তাহাদের এই রোগ ক্রুপ অথবা ডিফথীরিয়া রোগের সহানুবর্ত্তী হইয়া থাকে। এই রোগও স্পর্শাক্রামক এবং পরিবার, দেশ, জাতি ও ঋতু বিশেষে (Endemic) প্রাদুর্ভূত হয়। এই রোগ কনজংটাইভা হইতে নাসারন্ধ্র, মুখ ও গলদেশ আক্রমণ করিয়া থাকে, ইহারও বিশিষ্ট প্রমাণ পাওয়া যায়।

চিকিৎসা।—এই রোগের প্রথমাবস্থায়, অক্ষিপুটের উপরিভাগে মুহু-র্মুহু শীতল জলের পটি ব্যবহার ও যে সকল দ্রব্য ভক্ষণে প্রদাহ নিবারিত

হইতে পারে, তাহা পথ্যস্বরূপে আহার করা বৈধ। রোগী সবল ও হৃষ্ট-পুষ্ট থাকিলে, রগে বহুসংখ্যক জোঁক লাগাইয়া রক্তমোক্ষণ করা এবং রোগী অতি দুর্ব্বল ও শীর্ণবিশীর্ণ না হইলে ৩০।৪০ ঘণ্টার মধ্যেই যাহাতে রোগীর শরীর পারদ দ্বারা আক্রান্ত হইয়া মুখ হইতে লালা নির্গত হয়, তদ্বিধান করা সর্ব্বতোভাবে কর্ত্তব্য। বয়স বিবেচনা করিয়া ১ গ্রেণ আফিঙ্গের সহিত অর্দ্ধ অথবা ১ গ্রেণ ক্যালোমেল ২।৩ ঘণ্টা অন্তর সেবন করা, অথবা অর্দ্ধ কিম্বা ১ ড্রাম হাইড্রার্জ অয়েন্টমেণ্ট প্রত্যহ ২।৩ বার বাহুমূলে ম্রক্ষণ করা উচিত। অতিশয় দুর্ব্বল রোগীর পক্ষে, অথবা রোগীর অল্প জ্বর থাকিলে ডাং ম্যাকনামারা সাহেব ২০ গ্রেণ ক্লোরেট্ অব পোটাসের সহিত ত্রিশ ফোটা টিংচার ষ্টিল্ সেবনের ব্যবস্থা দেন। কিন্তু, ডাং ওয়েকার সাহেব এই অবস্থায় টার্টার এমিটিককে অব্যর্থ বলিয়া বিশেষ সুখ্যাতি করেন। যাহা হউক, এই সময়ে কোষ্ঠ পরিষ্কার রাখিয়া (বালকদিগের পক্ষে, প্রত্যহ ৩ বার ২০মিনিম মাত্রায় একষ্ট্রাক্ট ক্যাস্কেরিয়া সাগ্রেডা লিকুইডায় বিলক্ষণ কোষ্ঠ পরিষ্কার হয়) মাংসযূষ প্রভৃতি বলকারক সৎপথ্য এবং সময়ে সময়ে কুইনাইন সেবন ও কুইনাইন লোশন (২১ ব্য) দ্বারা সর্ব্বদা চক্ষু ধাবন ও উত্তপ্ত জলে স্নান বা গাত্রধৌতাদি ব্যবস্থিত হইতে পারে। নিদ্রাকর্ষণের নিমিত্ত, সময়ে সময়ে মর্ফিয়া অথবা আফিঙ্গ সেবন করিতে পারা যায়।

জার্ম্মেনি দেশের চিকিৎসাই লেখা হইল। কিন্তু, বর্ত্তমান সময়ে ইংলণ্ড ও আমেরিকা দেশে এই রোগের প্রথমাবস্থায় অধিক মাত্রায় টিং ষ্টিল এবং স্যালিসিলিক এসিড সেবনের ব্যবস্থা প্রচলিত। জ্বরসত্ত্বেও ৩০মিনিম মাত্রায় উক্ত আয়রণ ৩ ঘণ্টা অন্তর সেবন করা যায়। এই সময়ে চক্ষু বাইক্লোরাইড লোশনে (১০, ১১, ১২ ব্য) মুহুর্মুহু ধৌত করিতে হয়; এবং চক্ষুতে য্যাট্রোপীন বা কুইনাইন লোশন (৩৭, ৩৯, ৪০, ২১ ব্য) প্রয়োগ করিতে হয়। পুটপ্রান্তে আইডোফর্ম্ম মলম (৭৬ ব্য) এবং পুটোপরি সর্ব্বদা বরফ জলের পটি লাগান হইয়া থাকে। যাহাতে শরীর দুর্ব্বল হয়, সেরূপ চিকিৎসা ত্যাগ করিয়া, মৎসের ঝোল প্রভৃতি বলকর অনুত্তেজক সৎপথ্য প্রদত্ত হইয়া থাকে। রাত্রিকালে নিদ্রাগমের নিমিত্ত অধিক মাত্রায় ব্রোমাইড অব্ পোটাসিয়মের সহিত ক্লোরাল সেবন করা যায়।

কর্ণিয়ায় ক্ষত থাকিলে, বলকর ঔষধের সঙ্গে সঙ্গে চক্ষুতে উত্তপ্ত জলের সেঁক এবং য্যাট্রোপীন লোশন (৩৭, ৩৯, ৪০ ব্য) প্রয়োগ অত্যাবশ্যক। এই রোগ পিউরিউলেণ্ট রোগের অবস্থা প্রাপ্ত হইলে, কষ্টিক, বাইক্লোরাইড ও বোরাসিক লোশনাদি সেই রোগে যে যে অবস্থায় যেরূপে ব্যবহার করিতে হয়, এই রোগ-চিকিৎসায়ও ঠিক তদ্রূপ করা বৈধ। এই অবস্থায় শীতল জলের পটি ব্যবহার ত্যাগ করিতে হয়। কিন্তু, প্রথমাবস্থায় অথবা প্রত্যাবৃত্ত হইলে এতদ্বিধ চিকিৎসা করা বৈধ নহে। এই রোগও স্পর্শাক্রামক বলিয়া রোগীকে অপরাপর ব্যক্তি হইতে অসংশ্লিষ্টভাবে পৃথক্ রাখা উচিত। এই রোগজ স্রস্ত রস কেবল স্পর্শাক্রামক নহে; উহা অতি উত্তেজক। এই জন্য চক্ষু সর্ব্বদা পরিষ্কার রাখিতে হয়।

গ্রানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্।

(GRANULAR CONJUNCTIVITIS.)

এই রোগ সচরাচর গ্রানিউলার অপথাল্মিয়া, গ্রানিউলার লিড্‌স্, ট্রাকোমা, ফলিকিউলার অপথাল্মিয়া, ইজিপ্সিয়ান অপথাল্মিয়া, মিলিটারি অপথাল্মিয়া, প্যাপিলারি কঞ্জংটিভাইটিস এবং ভেসিকিউলার কঞ্জংটিভাইটিস প্রভৃতি শব্দে উল্লিখিত হওয়ায়, বোধ হইতেছে যে, এই রোগের সংপ্রাপ্তি ও প্রকৃতি বিষয়ে ভিন্ন ভিন্ন ব্যক্তির ভিন্ন ভিন্ন মত। ট্রাকোমা শব্দের সাধারণ অর্থ কঞ্জংটাইভার উচ্চাবচ অবস্থা। এই অবস্থা গ্রানিউলার কঞ্জংটিভাইটিস ভিন্ন অন্যান্য রোগেও ঘটিতে পারে। কিন্তু, তথাপি এই রোগে কঞ্জংটাইভায় ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র যে মাংসপিণ্ড জন্মে, তাহা অন্যান্য রোগজ উচ্চাবচ অবস্থা হইতে স্বতন্ত্র। এই রোগে পুটীয় কনজংটাইভায় বহুসংখ্যক গ্রানিউল জন্মিয়া তৎস্থান উচ্চাবচ হয়। এই সকল গ্রানিউল ক্যাটারাল অথবা পিউরিউলেণ্ট রোগজ স্ফীত প্যাপিলা হইতে সম্পূর্ণ পৃথক্। উহারা বাস্তবিক নবোদ্ভূত পদার্থ; এবং উহাতে রক্তশিরা বা স্নায়ু কিছুই থাকে না। প্যাপিলা ও গ্রানিউল উভয়েই এক সময়ে আবির্ভূত হইতে পারে; কিন্তু স্পৃষ্ট হইলে, প্যাপিলা হইতে সহজেই রক্তস্রাব হয়।

লক্ষণ।—সামান্য কঞ্জংটিভাইটিস রোগই এই রোগের প্রথম লক্ষণ।

আলোক অসহ্য বোধ হয়, চক্ষু হইতে জল পড়ে এবং চক্ষুতে যেন বালুকা পড়িয়াছে এরূপ কর কর করিতে থাকে; এবং উহাতে কিঞ্চিৎ বেদনাও থাকিতে পারে। চক্ষু হইতে যে ক্লেদস্রাব পড়ে, তাহাতে রাত্রিকালে চক্ষুর পাতা জুড়িয়া যায়। আলোক লাগিলে, অথবা চক্ষু ব্যবহার করিতে যাইলে, এই সকল লক্ষণের আতিশয্য ঘটে। পাতা উল্টাইলে, সচরাচর নীচের পাতায়, টার্সো-অর্বিটাল ফোল্ডে এবং প্রায়তঃ উপরের পাতায় ও অক্ষিগোলকের কন্জংটাইভায় সিদ্ধ সাগুদানা অথবা চিঙ্গড়ী মৎস্যের ডিম্বের ন্যায় শ্বেতবর্ণ ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র উন্নত গ্রানিউল পরিব্যাপ্ত রহিয়াছে দেখিতে পাওয়া যায়। বিদারিত করিলে, এই সকল গ্রানিউল হইতে কোন প্রকার পদার্থ নির্গত হয় না। এই প্রকার গ্রানিউল সচরাচর আক্ষিক কঞ্জংটাইভা এবং এমত কি কর্ণিয়ার উপরিও ব্যাপ্ত হইয়া থাকে। কিন্তু, যেখানেই উৎপন্ন হউক না কেন, উহারা শীঘ্র অথবা বিলম্বে হয় বিনষ্ট হইয়া যায়, নতুবা মেদাপকর্ষে পরিবর্ত্তিত হয়, এবং তত্তৎস্থান কনেক্টিভ টিস্যু দ্বারা অধিকৃত হইয়া ও ক্রমে তাহা সঙ্কুচিত হইয়া অধিকাংশ রক্তশিরা এবং লিম্ফ প্রণালীকে অদৃশ্য করত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীকে সম্পূর্ণ বিনষ্ট করে। কঞ্জংটাইভার এইরূপ পরিবর্ত্তনে টার্সাল কার্টিলেজেরও বক্রতার পরিবর্ত্তন ঘটে; এবং এক্ট্রোপিয়ন, এন্ট্রোপিয়ন বা ট্রাইকিয়েসিস রোগ জন্মাইয়া দেয়।

এই রোগ পুরাতন হইলে, গ্রানিউল সকল স্পষ্ট দৃষ্টিগোচর হয়; চক্ষু করকর করিতে থাকে এবং উহা হইতে যেন তাপ নির্গত হইতেছে এরূপ অনুভব হয়। আলোকভীতি এবং কখন কখন ক্লেদস্রাবে কিঞ্চিৎ পুটসংযোগও এই রোগের লক্ষণ। ক্যারঙ্কল ও পুটপ্রান্ত আরক্তিম বোধ হয়, এবং রোগ বহুদিন স্থায়ী হইলে, ঊর্দ্ধপুট উন্মিলিত করিতে পারা যায় না; উহা যেন অক্ষিগোলকের উপর ঝুলিতে থাকে। ক্রমে পীড়ার প্রকোপ বৃদ্ধি হইয়া, অনবরত পুটঘর্ষণে কর্ণিয়া ক্রমে প্রদাহিত, রক্তশিরাসমাবিষ্ট, আবিল, উচ্চাবচ ও স্থানে স্থানে ক্ষতবিশিষ্ট হইয়া অস্বচ্ছ হইয়া পড়ে। কিন্তু, উহা পিউরিউলেন্ট রোগের ন্যায় শীঘ্র শীঘ্র বিগলিত অথবা ক্ষতাক্ত হইয়া বিনাশিত হয় না। অতিরিক্ত পরিশ্রম, শীতল বায়ুসেবন এবং রৌদ্র ও ধূলি স্পর্শে এই সকল লক্ষণের আধিক্য ঘটে।

প্রবল অবস্থায়, চক্ষু প্রবলরূপে প্রদাহিত ও আরক্তিম এবং পুটদ্বয় আরক্তিম, স্ফীত ও আলোকভয়ে প্রতিক্ষণে মুদিত হয়। পুট উন্মীলন করিলে, চক্ষু হইতে পিচুটি-বিশিষ্ট উত্তপ্ত অশ্রু দর দর ধারায় পড়ে; চক্ষু ও চক্ষুর চতুষ্পার্শ্বে যাতনা বোধ হয়; এবং পুটীয় কনজংটাইভায় সাগুদানার ন্যায় গ্রানিউল সকল অস্পষ্ট দৃষ্টিগোচর হয়। কর্ণিয়া রক্তশিরা-সমাবিষ্ট হইয়া আবিল হইয়া পড়ে; সুতরাং অল্প বা অধিক দৃষ্টির ব্যাঘাত ঘটে। যাহাহউক, এই রোগ চিকিৎসিত হইয়া উপশমক্রমে উপরিলিখিত পুরাতন অবস্থাও প্রাপ্ত হয়। এই রোগজ চক্ষুর ক্লেদ সুস্থ চক্ষুতে স্পৃষ্ট হইলে, তাহাতেও ক্যাটারাল, পিউরিউলেণ্ট, ডিফ্থেরিটিক অথবা এই রোগজ লক্ষণাদি আনয়ন করিতে পারে।

কখন কখন ৫।৭দিনের মধ্যেই অক্ষিপুট ভয়ানক স্ফীত ও পুরু হইয়া পড়ে। সমস্ত টার্সো-অর্বিটাল ফোল্ড মাংসবৎ গ্রানিউল সকল দ্বারা পরিব্যাপ্ত হইয়া পড়ে। পুটীয ও আক্ষিক কঞ্জংটাইভা এবং কর্ণিযাও ঐ সকল গ্রানিউলে একই সময়ে আচ্ছন্ন হইয়া থাকে। কর্ণিয়া আবিল হইয়া এক রাত্রির মধ্যেই প্যানস রোগে (পরে দেখ) আচ্ছন্ন হইয়া থাকে। কঞ্জংটাইভা হইতে অধিক রস নিঃসৃত হয় এবং চক্ষুতে ভয়ানক বেদনা ও জ্বরজ লক্ষণাদি উপস্থিত হয। এইরূপ স্থলের পরিণাম প্রায়ই শুভজনক নহে। কারণ, ভয়ানক প্রদাহ নিবারিত হইলেও কর্ণিয়া প্রাযই পুনঃস্বচ্ছ হয় না। এরূপস্থলে, আমরা অক্ষিপুটের অবস্থা না দেখিয়া কেবল কর্ণিযার অবস্থা দেখিয়াই রোগের প্রকৃতি অনুমান করিয়া থাকি। এই প্রদাহ ২।১মাস গত না হইলে আরোগ্য হয় না, এবং পরে প্রাযই পুরাতন আকার ধারণ করে এবং তখন কঞ্জংটাইভায় আবার গ্রানিউল সকল উৎপন্ন হইতে থাকে। কর্ণিযায গ্রানিউল সকল এত অধিক হয় যে, তাহারা শীঘ্র একত্র জড়ীভূত হইয়া ফাটিয়া গভীর ক্ষত ও স্ফোটক উৎপন্ন করে। প্রবল অবস্থা অতিক্রান্ত হইলেই কর্ণিয়া অল্প বা অধিক পরিমাণে চিরকালের জন্য অকর্ম্মণ্য হইয়া পড়ে; এবং তৎপরে ক্রমে২ অল্পাল্প পরিমাণে স্বচ্ছ হইতে থাকে। কিন্তু, দৃষ্টির ব্যাঘাত থাকিযা যায়।

কারণ।—পিউরিউলেণ্ট, কঞ্জংটিভাইটিস প্রভৃতি চক্ষুর দীর্ঘকালস্থায়ী কোন প্রদাহে এবং মেলেরিয়া জ্বর, বহুজনাকীর্ণ অথবা মলমূত্র-দুর্গন্ধিত ও

অপরিষ্কৃত এবং শীতল ও আর্দ্র স্থানে সতত বাস, অতিরিক্ত পরিশ্রম এবং উপযুক্ত আহারাভাব প্রভৃতি শারীরিক স্বাস্থ্য-ব্যত্যয়ে এই রোগ উৎপন্ন হয়। ট্রাকোমা বীজাণু সকলের উৎপত্তিই এই রোগের মুখ্য কারণ; এবং অগ্নিতে কাষ্ঠ নিক্ষেপের ন্যায় উপর্যুক্ত কারণে অথবা রৌদ্র ও ধূলি ও ধূমাদি উপভোগে এই রোগ সতেজে দীর্ঘকাল অবস্থান করে। মেহ রোগজ বীজাণুর ন্যায় ট্রাকোমা রোগজনক এক প্রকার বীজাণু আছে। ঐ সকল বীজাণু সুস্থ কঞ্জংটাইভায় নীত হইলে, তথায় গ্রানিউল সকল উৎপন্ন হয় এবং তথাকার প্যাপিলা সকলের বিবর্দ্ধন ঘটে। এই নিমিত্ত গ্রানিউলার কঞ্জংটিভাইটিস রোগের চিকিৎসা অন্যান্য কঞ্জংটিভাইটিস রোগাপেক্ষা বিশেষ কষ্টকর। কি ভারতবর্ষে, কি পৃথিবীর অন্যান্য দেশে, উচ্চশ্রেণীস্থ ধনী লোকাপেক্ষা নিম্নশ্রেণীস্থ দরিদ্র ব্যক্তিরাই এই রোগাক্রান্ত হইয়া থাকে বলিয়া, সচরাচর দরিদ্র বিদ্যালয়, চিকিৎসালয়, কর্ম্মশালা ও বিশেষত সৈনিক দলে, এই রোগ হইতে দেখা যায়। যাহাহউক, ঐ সকল বীজাণু কঞ্জংটাইভায় স্থায়ী বাস করিলে, তদ্দ্বারা ঐ অবয়ব বিশেষ উত্তেজিত হইয়া পড়ে; সুতরাং তত্রত্য রক্তশিরা সকলে রক্তাধিক্য হয়। রক্তশিরা সকলের রক্তাধিক্য প্রযুক্ত কঞ্জংটাইভার উপরি হইতে রস নির্গত হইতে থাকে। এই রসে বীজাণু না থাকিলেও উহা স্পর্শাক্রামক। কোন এক ব্যক্তির এই রোগ হইলে, ক্রমে তৎস্পর্শে বহুসংখ্যক ব্যক্তির এই রোগ ঘটিতে পারে। যাহাহউক, কোন দীর্ঘস্থায়ী রোগোপশমনার্থে চক্ষুতে দীর্ঘকাল ক্রমাগত য়্যাট্রোপীন ব্যবহার করিলেও বিশেষতঃ বৃদ্ধব্যক্তিদিগের পক্ষে, এই রোগ উৎপন্ন হইতে পারে।

পরিণাম।—উপযুক্ত চিকিৎসায় বহুদিবসে এই রোগ আরোগ্য হইয়া পুটীয় কঞ্জংটাইভার মসৃণতা সম্পাদিত হইতে পারে। প্রবল অবস্থায়, বিশেষত রোগ স্বল্প দিনের হইলে ও পিউরিউলেণ্ট রোগ বলিয়া ভ্রম-চিকিৎসিত না হইলে এবং গ্রানিউলের সংখ্যা অল্প হইলে, উপযুক্ত চিকিৎসায় কালসহকারে এই রোগ এরূপ আরোগ্য হইতে পারে যে, বিনষ্ট দৃষ্টি কিয়ৎ পরিমাণে পুনর্ব্বার প্রাপ্ত হওয়া যায়। স্থায়ী অপ্রাদাহিক স্থলেও এইরূপ মত প্রকাশ করা যাইতে পারে। কিন্তু পুনঃপুনঃ বহুসংখ্যক গ্রানিউল উৎপন্ন হইলে, পুটীয় কঞ্জংটাইভা ক্রমশ ক্ষয়িত সুতরাং ক্ষতকলঙ্কিত হইয়া এণ্ট্রোপিয়ন,

ট্রাইকিয়েসিস এবং প্যানস রোগ আনয়ন করিয়া থাকে। সুতরাং বহুকালে আরোগ্য হইয়াও এই রোগে পুনর্দৃষ্টি পাওয়া দুর্ঘট হইয়া পড়ে।

ভাবীফল।—কত দিনে এই রোগ কোথায় কিরূপভাবে পর্য্যবসিত হয় অথবা কর্ণিয়া কতদিনে ঘোলা হইয়া রোগীকে দৃষ্টিহীন করে, তাহা নির্ণয় করা দুরূহ। কিন্তু, যত দিন কঞ্জংটাইভার কোন অংশ অথবা কর্ণিয়ার উপরিস্থ স্তর বিদ্যমান থাকে, তত দিন এই সকল গ্রানিউল ক্রমশঃ বৃদ্ধি পাইয়া সমস্ত অবয়ব আচ্ছন্ন করে; এবং রোগ যতই পুরাতন হইতে থাকে, পাতার অবস্থা ততই পরিবর্ত্তিত হইতে থাকে। কোন কোন স্থলে, যদিও পাতা ঐ সকল গ্রানিউলে অধিক পুরু হউক না কেন, এবং তাহাতে প্যাপিলা বিবর্দ্ধিত থাকুক না কেন, পাতা উল্টাইতে কোন কষ্ট হয় না। কিন্তু, ঐ সকল গ্রানিউল পরস্পর একত্র হইয়া শক্ত শৈরিক অবয়বে পরিণত হয় এবং সামান্য অসাবধানে উল্টাইলেই তথা হইতে রক্ত নির্গত হয়। এইরূপ অবস্থায় পাতা দিয়া অক্ষি-গোলক সম্যক্ আবৃত করা যায় না, পংটা উল্টাইয়া আইসে এবং সচরাচর এক্‌ট্রোপিয়ন উপস্থিত হয়। অপরাপর স্থলে, গ্রানিউল প্রযুক্ত উপরের পাতা উল্টান দুরূহ হইয়া পড়ে এবং যথেষ্ট ক্ষতসংস্কার প্রযুক্ত উর্দ্ধাধঃ পুট-স্ফুরণও সঙ্কীর্ণ হইয়া থাকে। এরূপস্থলে, এণ্ট্রোপিয়ন উপস্থিত হয় এবং অন্তর্বক্র পক্ষ্ম সকলও রোগীর কষ্ট যথেষ্ট বৃদ্ধি করে।

উপর্য্যুক্ত পরিবর্ত্তনে মিবোমিয়ান গ্ল্যাণ্ড সকল অবরুদ্ধ অথবা স্থানান্তরিত হয় এবং তাহাদের প্রণালী সকল অদৃশ্য হইয়া থাকে। উহাদের হইতে রসস্রাব বন্ধ হওয়ায়, এই রোগে ও অন্যান্য কঞ্জংটিভাইটিস রোগে খড়ির ন্যায় শ্বেতবর্ণ শক্ত ডিম ডিম স্থান সকল দেখা যায়। পুরাতন স্থলে, কখন কখন অক্ষিপুট ও অক্ষিগোলক জুড়িয়া যায়। চক্ষুর পাতা উল্টাইলে, ঐ সংযোগ প্রযুক্ত অক্ষিগোলক উপরের পাতার সহিত উর্দ্ধদিকে উঠিয়া পড়ে; সুতরাং নীচের দিকে তাকাইতে পারা যায় না। পরিশেষে, কর্ণিয়ার প্রকৃত নির্ম্মাণ বিনষ্ট হইলে, ষ্ট্যাফিলোমাও জন্মিয়া থাকে। যাহাহউক, এইরোগ কঞ্জংটাইভায় একবার রোপিত হইলে, যখন তাহা চক্ষুর সমস্ত বাহ্য অবয়বকে আচ্ছন্ন করে, তখন এই রোগকে ম্যালিগন্যাণ্ট রোগ বলিয়া বর্ণনা করা সম্পূর্ণ সম্ভবপর।

চিকিৎসা।—বহুদর্শী চক্ষু চিকিৎসক ব্যতীত প্রথমাবস্থায় এই রোগ নির্ণয় করা সুকঠিন। যাহা হউক, যখন ট্রাকোমা রোগজনক এক প্রকার উদ্ভিজ্জ্য বীজাণু চক্ষুতে উপ্ত হইয়া এই রোগ আনীত হয়, তখন ঐ সকল বীজাণুকে বিনষ্ট করাই এই রোগের চিকিৎসা। আরো, এই রোগাক্রান্ত চক্ষুর ক্লেদস্রাব অতিসংক্রামক। বস্ত্রাদিতে তাহা শুষ্ক অবস্থায় থাকিয়া বহুদিন পরেও কোন সুস্থ চক্ষুতে স্পৃষ্ট হইলে, সেই ব্যক্তির পরিপোষণ ও চক্ষুর স্বাস্থ্য অনুসারে এই রোগ আনয়ন করিতে পারে। অপিচ, এই রোগাক্রান্ত চক্ষুতে পুনঃ পুনঃ ঝ্যাট্রোপীন প্রয়োগ করিলেও শীঘ্র ভয়ানক প্রদাহ উপস্থিত হইয়া থাকে।

ইহাতে বুঝা যাইতেছে যে, শারীরিক স্বাস্থ্য বিষয়ে বিশেষ যত্ন না করিলে, এই রোগ স্বতঃ কখনই আরোগ্য হয় না, এবং এই রোগ চিকিৎসা করিবার সময় অগ্রে যাহাতে অপর কেহ এই রোগস্পর্শে আক্রান্ত না হয়, তজ্জন্য রোগীর ব্যবহৃত বস্ত্র, শয্যা এবং পাত্রাদি অসংস্পৃষ্টভাবে রাখাই উচিত। পরিষ্কার পরিচ্ছন্ন ভাবে অবস্থান, নিয়মিত ব্যায়াম, স্রোতোজলে স্নান, বিশুদ্ধ বায়ু সেবন, নদী বা সমুদ্র বাস এবং যে সকল কার্য্যে মনের বিলক্ষণ স্ফূর্ত্তি জন্মে, তাহা করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। রৌদ্র, ধূলি, ধূম প্রভৃতি হইতে চক্ষুকে রক্ষা করা, ও যে সকল দ্রব্য সহজে পরিপাক হয় ও বিলক্ষণ পুষ্টিপ্রদ, সেই সকল দ্রব্য ভক্ষণ করা এবং শীর্ণ, দুর্ব্বল অথবা স্ক্রফুলা ধাতুবিশিষ্ট ব্যক্তিদিগের পক্ষে, কড্‌লিভার অয়েল, ষ্টীল ও কুইনাইন প্রভৃতি ঔষধ সেবন করা বিশেষ উপকারক।

এই রোগের অতি প্রথমাবস্থায়, অক্ষিপুট উল্টাইয়া ও তাহা কোমল বস্ত্র দ্বারা অনার্দ্র করিয়া তথায় তুলিকা দ্বারা উগ্র জিঙ্ক ক্লোরাইড লোশন (১৬ ব্য) অথবা ট্যানিন-গ্লীসারিণ বা বরো-গ্লীসারিণ (৬৬, ৬৭, ৬৮ ব্য) প্রত্যহ প্রাতে চিত্রিত করিতে হয়। এই সঙ্গে সঙ্গে প্রত্যহ ৩ বার করিয়া বাইক্লোরাইড লোশন (১০, ১১, ১২ ব্য) দ্বারা চক্ষুর অভ্যন্তর ও বহির্দ্দেশ ধৌত করিতে হয়। রাত্রিকালে শয়ন সময়ে পুটপ্রান্তে মার্কবি আইডোফর্ম্ম অয়েন্টমেণ্ট (৭৮ ব্য) লাগাইতে হয়। আরাম পর্য্যন্ত এইরূপ করিলে এবং তৎপরে সপ্তাহ সপ্তাহ রোগীর চক্ষু পরীক্ষা করিলে, এইরূপ রোগ আরাম হইতে পারে।

সেনানিবাস, নৌবিভাগ অথবা স্কুলের পরিদর্শক ডাক্তার ভিন্ন গ্রানিউলার রোগের প্রথমাবস্থায় রোগী পাওয়া আমাদের ভাগ্যে প্রায়ই ঘটে না। রোগ কিছু গুরুতর না হইলে এবং দীর্ঘ কাল রোগভোগ না করিয়া কেহই আমাদের নিকট চিকিৎসার্থী হয়েন না। আমরা চক্ষুর পাতা উল্টাইয়া দেখি যে, তথায় গ্রানিউল সকল উদিত হইয়াছে ও চক্ষু হইতে ক্লেদস্রাব হইতেছে। কখন২ দেখি, উর্দ্ধপুটের নীচে প্যানস আরম্ভ হইয়াছে ও তজ্জন্য চক্ষুতে বেদনা ও আলোকে ভয় হইয়াছে। এরূপস্থলে, সম-পরিমাণ কোকেন ও বাইক্লোরাইড লোশন (৩৪, ১০, ১৭৩ ব্য) একত্র করিয়া তাহা চক্ষুতে প্রত্যহ ৩ বার করিয়া ফোটা২ দেওয়া উচিত। এই সঙ্গে২ প্রত্যহ ৩।৪ বার অন্ততঃ ১৫ মিনিট কাল মুদিত পুটোপরি বরফ জলের পটি লাগাইলে বিশেষ আরাম বোধ হয়। রাত্রিকালে শয়ন সময়ে পুটপ্রান্তে পক্ষমূলে আইডোফরম্-মার্কিরি অয়েণ্টমেণ্ট (১৭২ ব্য) লাগান উচিত। রগে ও ভ্রূদেশে বেলেডোনা অয়েণ্টমেণ্ট মাখাইয়া প্রাতে তাহা ধুইয়া ফেলিবে। অন্ধকার গৃহে আবদ্ধ না থাকিয়া স্মোকনীলবর্ণের চসমা পরিধান করিয়া রোগী সম্ভবতঃ অবশ্য বাহিরে বেড়াইবেক। এইরূপ চিকিৎসায় সচরাচর রোগের প্রবল লক্ষণাদি অপনীত হয়। পরে পাতা উল্টাইয়া তাহাতে প্রত্যহ প্রাতে কোকেন লোশন (৩৪ ব্য) ব্যবহারের পরেই একবার করিয়া অতিচূর্ণ ট্যানিক এসিড ও আইডোফরম সমপরিমাণে মিশ্রিত করিয়া পর্য্যাপ্ত পরিমাণে প্রক্ষেপ করিবে। ইহাতেও কোন কোন স্থলে যদি রক্তস্রাব ও প্যাপিলার বিবর্দ্ধন আশোষিত হইয়া না যায়, তবে তথায় একদিন অন্তর সলফেট অব কপার বুলাইয়া দেওয়া উচিত, এবং তৎপ্রয়োগের ৫ মিনিট অগ্রে ও তৎপরে ২।৩ বার চক্ষুতে কোকেন লোশন (৩৪ ব্য) প্রদান করিলে, তজ্জনিত জ্বালা ও বেদনা বোধ হয় না। কঞ্জংটাইভার অবস্থা বুঝিয়া দীর্ঘকাল এইরূপ চিকিৎসা করিতে হয়।

রোগের প্রকৃতি ও প্রকোপ বুঝিয়া চক্ষুতে ঔষধাদি ব্যবস্থিত হইয়া থাকে। অতিরিক্ত আলোকভীতি, অশ্রুস্রাব এবং সিলিয়ারি প্রদেশে উত্তেজনা থাকিলে, চক্ষুতে ৩।৪ বার কোকেন লোশন (৩৪, ১৭৩ ব্য) ফোটা ফোটা দেওয়া উচিত। ইহাতে উত্তেজনা নিবারিত না হইলে, অথবা বৃদ্ধি পাইলে,

বেলেডোনা ড্রপস (৪১ব্য) অথবা ডিউবয়েসীন বা ধাতুরীন লোশন (৪৩, ৪৪ ব্য) অধিক বার অধিক পরিমাণে ব্যবহার করা বিধেয়। এই সঙ্গে সঙ্গে কম্পাউণ্ড্ বেলেডোনা অয়েন্টমেন্ট (৮১ ব্য) ললাটদেশে ৪।৫ ঘণ্টা অন্তর রক্ষণ করিতে হয়। কিন্তু তাহাতে তথায় ব্রণ উৎপন্ন হইলে, তাহা আর ব্যবহার করা উচিত নহে। চক্ষু ও চক্ষুর পার্শ্বে বেদনা অতিরিক্ত হইলে, এবং দব্‌দব্‌ করিতে থাকিলে ও তাহা রাত্রিকালে বৃদ্ধি পাইলে এবং আফিঙ্গ বা মর্ফিয়া সেবনে নিবারিত না হইলে, রগে ২।১ টী জোঁক বা ব্লিষ্টার লাগান বিধেয়। আরামজনক হইলে, উষ্ণ জল, পোস্ত ঢেঁড়ি, বেলেডোনা ও ধুতুরা প্রভৃতির সেক অথবা শীতল জলের পটী ব্যবহার করিলেও উত্তেজনা ও যাতনা নিবারিত হইতে পারে। কনজংটাইভা, বিশেষত রেট্রো-টার্সাল প্রদেশ অত্যন্ত স্ফীত হইলে, সেই স্ফীত স্থান কোকেন লোশন দ্বারা অসাড় করত উপরি উপরি ছাটিয়া লওয়া যাইতে পারে। যাহাহউক, ব্যাণ্ডেজ দিয়া চক্ষু আবদ্ধ থাকিলে, পুটঘর্ষণে কর্ণিয়ায় কোনরূপ উৎপাত ঘটিবার অল্প সম্ভাবনা থাকে।

প্রবল গ্রানিউলার কনজংটিভাইটিস্ রোগে, চিকিৎসকের ইহা স্মরণ রাখা উচিত যে, এই প্রবল অবস্থায় প্রদাহ ক্রিয়া রোগোপশমনার্থেই হইয়া থাকে, সুতরাং প্রথম হইতেই চক্ষুতে প্রদাহ-নিবারক কোন ঔষধ ব্যবহার করা বিধেয় নহে। চক্ষুর উত্তেজনা অপর্য্যাপ্ত বর্দ্ধিত হইতে থাকিলে, রোগীকে কোন অন্ধকার গৃহে রুদ্ধ রাখিয়া, প্রত্যহ কদুষ্ণ জলে ৪।৫ বার চক্ষু ধৌত ও পরিস্কৃত করা এবং চক্ষুতে সেঁক দেওয়া বিধেয়। রাত্রিকালে শয়ন সময়ে, পুটচর্ম্মোপরি ও ভ্রূদেশে এক্‌ষ্ট্রাক্ট বেলেডোনা (৮১ ব্য) প্রলেপিত করিলে, চক্ষুর যাতনা নিবারণ হয় এবং ১০ গ্রেণ ডোভার্স পাউডার সেবন করিলে নিদ্রার ব্যাঘাত ঘটে না। ১০।১৫ দিবস এইরূপ অতিবাহিত হইলে, যখন প্রদাহ কার্য্য মৃদু ও ক্ষীণ হইয়া পড়ে, তখন ক্লোরেট অব পটাস্ এবং টিং ফেরি মিউরিয়েট্ প্রভৃতি বলকারক ঔষধ ব্যবস্থার সঙ্গে সঙ্গে ডোভার্স পাউডার, কুইনাইন ও সোডা একত্রে প্রতিদিন ২।৩ বার সেবনের ব্যবস্থা দেওয়া উচিত। এই সময়েই প্রত্যহ এক এক বার গ্রানিউল সকলের উপর সল্‌ফেট্ অব কপার অথবা লেপিস ডেভিনস (৫ ব্য) আস্তে আস্তে বুলাইয়া দিলে,

তত্তৎস্থান উত্তেজিত হইয়া সেই সকল গ্রানিউল ক্রমশঃ মিলাইয়া যাইতে পারে; এবং তখন চক্ষুর বিপদও অতিক্রান্ত হয়।

উত্তেজনা অপনীত হইয়া এই রোগ সিউবিউলেণ্ট রোগের আকার ধারণ করিলে, তদনুরূপ চিকিৎসা করা বিধেয়। কিন্তু সদা সর্ব্বদা অর্থাৎ ৪৮ ঘণ্টার ন্যূনসময় অন্তরে কষ্টিক্ ব্যবহার করা উচিত নহে। করিলে, প্রদাহ তিরোহিত হইয়া যায় বটে, কিন্তু গ্রানিউল সকল মিলাইয়া যাইতে বিলক্ষণ বিলম্ব হয়। অপিচ, চক্ষুতে উত্তেজনা থাকিলেও কষ্টিক্ ব্যবহার করা বৈধ হয় না। তাহাতে উত্তেজনার বৃদ্ধি ও কর্ণিয়ায় ক্ষতাদি জন্মিতে পারে। চক্ষুর উত্তেজনা দেখিয়া কাষ্টিক্ অথবা কপার ব্যবহার করিতে সন্দেহ উপস্থিত হইলে এবং কর্ণিয়ার কোন প্রকার ক্ষত না থাকিলে, এসিটেট অব্ লেড লোশন (৬১০ গ্রেণ, জল ১ ঔন্স) গ্রানিউলেশনের উপর তুলিকা দ্বারা চিত্রিত করিয়া, তৎপরক্ষণেই তৎস্থান কদুষ্ণ জলে ধৌত করা বিধেয়। দুই এক দিবস এই ঔষধ সহ্য হইলে, তৎপরে কষ্টিক ব্যবহার করিতে পারা যায়। কর্ণিয়ার ক্ষত থাকিলে, পুনঃপুনঃ কষ্টিক ব্যবহারে ক্ষতবৃদ্ধি এবং লেড্ ব্যবহারে ক্ষতস্থানে শ্বেতবর্ণ দাগ জন্মিতে পারে। চক্ষুতে অধিক উত্তেজনা থাকিলে, মধ্যে মধ্যে অ্যাট্রোপীন ব্যবহার করা অবিধেয় নহে। যাহাহউক, কনজংটাইভার স্ফীতি ও পূযস্রাব নিবৃত্তি পাইলে, উক্ত গ্রানিউল সকল উন্নতই হউক অথবা বহুসংখ্যক হউক, তদুপরি কপার অথবা উক্ত লেড লোশন স্পৃষ্ট করিতে পারা যায়। লেপিস ডেভিনস অথবা সলফেট্ অব কপারই এই রোগের সর্ব্বাপেক্ষা উত্তম ঔষধ। এক খানি নির্ম্মল কপারের মসৃণ অগ্রভাগ উক্ত গ্রানিউলের উপরিভাগে স্পৃষ্ট করিলে, যখন তদ্দ্বারা উক্ত স্থানে ক্লেদ জন্মে, তখন শীতল জল দিয়া সেই ক্লেদ ধৌত করিতে হয়। মুদিত অক্ষিপুটের উপরিভাগে উত্তপ্তপ্ৰকম্পেস ব্যবহার করিলেও এইরূপ প্রদাহ সমাবেশিত করা যায়। যে স্থলে ঐ সকল দানা কনজংটাইভায় গভীরভাবে বিস্তৃত হইতে আরব্ধ হয় এবং কনজংটাইভায় প্রদাহ, রক্তাধিক্য ও স্ফীতি না থাকে, তথায়ই উহা ব্যবহৃত হয়। কিন্তু অধিকক্ষণ ব্যবহার করিলে, চক্ষু অতিরিক্ত প্রদাহিত হয় বলিয়া, অতি সাবধানে উহা ব্যবহার করা কর্ত্তব্য।

দীর্ঘকাল স্থায়ী রোগে বিবর্দ্ধিত প্যাপিলা সকল অপেক্ষাকৃত সুস্থ

কঞ্জংটাইভা দ্বারা কলঙ্কারে বেষ্টিত থাকিলে, আমরা কোকেন লোশন দ্বারা অগ্রে তৎস্থান অসাড় করত বিবৰ্দ্ধিত প্যাপিলা গুলি চাঁচিয়া বা কুরিয়া লইয়া থাকি: এবং তজ্জন্য রক্তপতন স্থগিত হইলে, সেই কর্ত্তিত স্থানে জিঙ্ক ক্লোরাইড লোশন (১৬ ব্য) প্রলেপিত করিয়া, পরে পূর্ব্বোক্তরূপে মার্কারি-আইডোফর্ম্ম অয়েণ্ট-মেণ্ট লাগাইয়া থাকি। ইলেক্ট্রো-কটারিও এই রোগে বিশেষ উপকারক। কিন্তু সাবধানে চাঁচিয়া ফেলিয়া তথায় জিঙ্ক ক্লোরাইড লোশন প্রলেপিত করিলে বা কপার স্পর্শ করাইলে এই রোগ যেরূপ বীজাণুর সহিত সমূলে বিনষ্ট হয়, এমত আর কিছুতেই হয় না। অনেক গুলি বিবৰ্দ্ধিত প্যাপিলা হইলে, সমুদায় স্থান চাঁচিয়া তথায় ট্যানিন আইডোফর্ম্ম চূর্ণ প্রক্ষেপ করা শ্রেয়ঃ। গ্রানিউল সকল চিরিয়া তৎস্থানে বিদ্যুত্তেজঃ চালিত করিয়া ডাক্তার জনসন সাহেব অনেক রোগী আরাম করিয়াছেন।

পুরাতন স্থলে, কনজংটাইভায় পরিমিত প্রদাহ সমাবেশ করিতে পারিলে গ্রানিউল সকল মিলাইয়া যাইতে পারে। এই নিমিত্ত ক্ষীণবল কষ্টিক পেন্সিল্ দ্বারা কনজংটাইভায় রক্তাধিক্য ও প্রদাহ সমাবেশিত করিয়া উক্ত গ্রানিউল সকলকে সত্বর আশোষিত করা যায়। কিন্তু গ্রানিউল সকলকে বিনষ্ট করিতে গিয়া কনজংটাইভাকে ক্ষতকলঙ্কে সঙ্কুচিত করা কদাপি বৈধ হয় না। কনজংটাইভা ও প্যাপিলা স্ফীত এবং চক্ষুতে ঘন ক্লেদস্রাব থাকিলে, ৪৮ ঘটা অন্তর এই কষ্টিক ব্যবহার করিয়া, তৎপরক্ষণেই শীতল জলে চক্ষু ধৌত করিতে হয়। প্রতিদিবস রোগীকে দেখিবার সুবিধা না থাকিলে, তাঁহাকে প্রত্যহ ৩।৪ বার চক্ষুতে কষ্টিক, লেড, লেপিস ডেভিনস, ট্যানিন, কপার, য়্যালম্ ও বাইক্লোরাইড লোশনাদি (৩, ৪, ৬, ৭, ৮, ১০, ১১, ১২, ১৩ ব্য) ক্রমাগত কিছুকাল ব্যবহার করিতে দেওয়া উচিত। ইহাতে উপকার না হইলে, দুর্দ্দম্য স্থলে, লোশনের পরিবর্ত্তে ১ ঔন্স লার্ড অথবা গ্লীসারীণের সহিত ১ হইতে ৪ গ্রেণ কপার, বা ½ হইতে ৩ গ্রেণ আর্জেণ্টি নাইট্রাস, বা ৪ হইতে ১২ গ্রেণ প্লম্বাই এসিটাস মিশ্রিত অথবা মার্কারি-আইডোফর্ম্ম বা ইয়েলো অক্সাইড মলম উক্ত পীড়িত স্থলে ব্যবহৃত হয়। একটী মটরের ন্যায় একটুকু মলম একটী প্রোবের অগ্রভাগ দ্বারা অধঃপুট মধ্যে নিহিত করিয়া, যাহাতে উক্ত মলম চক্ষুর সমস্ত স্থানে স্পৃষ্ট হয়, এরূপভাবে

চক্ষু মুদিত করিতে হয়। প্যানস প্রভৃতি হইলে, এই মলম ব্যবহারে বিশেষ উপকার দর্শে। কিন্তু কর্ণিয়ায় ক্ষত থাকিলে, লেড ব্যবহার করা কদাচ বৈধ হয় না।

বরো-গ্লীসারীণ, ট্যানিন-বোরাক্স অথবা ট্যানিন-গ্লীসারীণ (৬৬, ৬৭, ৬৮ ব্য) অথবা চারি অংশ জলে ১ অংশ ট্যানিন্ মিশ্রিত করত তাহা একখানি রেসমি বস্ত্রে ছাঁকিয়া ও তাহাতে দ্বিগুণ পরিমাণে গঁদ মিসাইয়া, তাহা একটী তুলিকা দ্বারা পুটাভ্যন্তরে চিত্রিত করাও এই রোগের চিকিৎসা। যাহাহউক, এই রোগে পুটচর্ম্মোপরি অতি সাবধানে টিংচার আইওডীন অথবা উগ্র কষ্টিক্ লোশন (২ ব্য) প্রলেপনে বিশেষ উপকার দর্শে।

অশ্রু ও ক্লেদস্রাব স্বল্প এবং গ্রানিউল সকল উন্নত, মাংসময় ও শ্রেণীবদ্ধ থাকিলে এবং কর্ণিয়ায় কোন ক্ষতাদি না থাকিলে, অক্ষিপুট উল্টাইয়া গ্রানিউলেশনের উপরিভাগে এসিটেট্ অব লেড্ মর্দ্দন করিয়া তাহা শীতল জলে ধৌত করিয়া দেওয়াও ইহার চিকিৎসা। ইহাতে গ্রানিউল সকল খর্ব্ব, মসৃণ ও অদৃশ্য হইয়া যায় বটে, কিন্তু তদ্দ্বারা বিলক্ষণ প্রদাহ উপস্থিত হয় বলিয়া, অর্দ্ধ ঘণ্টা অন্তর চক্ষু শীতল জলে ধৌত করা উচিত।

এইরূপ ক্রণিক স্থলে, বিশেষত প্যানস্ হইলে, প্রতি দিবস ২।১ বার করিয়া সলফেট্ অব কুইনাইন নীচের পাতায় ধূলিবৎ নিক্ষেপ করিলেও এইরোগে সম্ধিক উপকার পাওয়া যায়। ক্রণিক্ অপ্থালমিয়া এবং সপিউরেটিভ্ কর্ণিয়াইটিস রোগেও এই কুইনাইন বিশেষ উপকারক।

প্যানস্ হইলে, তাহা বক্রপক্ষ, বক্রপুট অথবা গ্রানিউলেশন কি কারণে উৎপন্ন, ইহা অনুধাবন করিয়া, অগ্রে সেই সকল কারণ অপনীত করিবার চিকিৎসা করিতে হয়। গ্রানিউলেশনের সঙ্গে সঙ্গে প্যানস অতি ঘন এবং রক্তশিরা-সমাবিষ্ট হইলে, ১ ভাগ টার্পিন তৈল ২।৪ ভাগ অলিভ অয়েলের সঙ্গে মিশাইয়া প্রতিদিবস ২।১ বার চক্ষুতে ফোটা ফোটা প্রদান করিলে উপকার পাওয়া যায়। সম্পূর্ণ প্যানস স্থলে, ক্রমাগত ২।১ মাস পর্য্যন্ত ব্লোরিণ মিশ্রিত জল চক্ষুতে প্রতি দিবস ২।১ বার দিলে, অথবা পাতা উল্টাইয়া তাহাতে প্রলেপিত করিলে, দৃষ্টির অনেক উপকার দর্শিতে পারে।

প্যানসের চিকিৎসা, তাহা সামান্য হইলে এই কঞ্জংটিভাইটিস চিকিৎসার

সঙ্গে সঙ্গেই হইয়া যায়। শয়ন সময়ে পুটপ্রান্তে এবং ঊর্দ্ধপুট উল্টাইয়া তাহাতে মার্কিরি-আইডোফর্ম্ম মলম (৭৮ ব্য) লাগানই তাহার চিকিৎসা। বাইক্লোরাইড লোশনও (১০ ব্য) ব্যবহার করিতে হয়। অপেক্ষাকৃত গুরুতর স্থলে, কঞ্জংটাইভায় মেহবৃ‍ী‍্য অথবা জেকিউরিটি নামক ফল ভিজান ক্ষীণ জল সংস্পৃষ্ট করিলে, তজ্জন্য চক্ষুতে যে ভয়ানক প্রদাহ উপস্থিত হয় সেই প্রদাহে গ্রানিউল সকল আশোষিত হইয়া থাকে। কিন্তু প্যানস আরোগ্য করিতে যাইয়া, এইরূপ বলবৎ প্রদাহে অনেকানেক চক্ষু বিনষ্ট হইয়া গিয়াছে বলিয়া, অনেকানেক বিজ্ঞ চিকিৎসক এরূপ চিকিৎসার পক্ষপাতী নহেন। কর্ণিয়ার পার্শ্ব হইতে কিয়দংশ কঞ্জংটাইভা ছেদন করিলেও(Syndectomy and peritomy) বিশেষ উপকার হয়। কিন্তু রক্তশিরা-সমাবেশন স্থলে উহাতে কোন রূপ স্থায়ী উপকার দর্শে না।

দুর্দ্দম্য প্যানস্ রোগে, যেখানে সমস্ত কর্ণিয়া রক্তশিরা সমাগমে অতিশয় ঘন অস্বচ্ছতায় আবৃত হইয়া থাকে এবং কোন ঔষধাদি দ্বারা শুষ্ক-ক্ষত কনজংটাইভায় উপযুক্ত প্রদাহ ও আরক্তিমতা আনয়ন করিয়া গ্রানিউল সকলকে আশোষিত করা অসম্ভব হইয়া উঠে, তথায় চক্ষুতে পিউরিউলেণ্ট ক্লেদবীজ অথবা জেকিউরিটি ফলের জল (৭৪ ব্য) স্পৃষ্ট করিয়া পিউরিউলেণ্ট প্রদাহ আনয়ন করত গ্রানিউল সকলকে আশোষিত এবং কর্ণিয়াকে পরিষ্কৃত করিয়া পুনদৃষ্টি সম্পাদন করিতে একবার যত্ন করা উচিত। পিউরিউলেণ্ট কনজংটিভাইটিস্ রোগগ্রস্ত অতিশিশু সন্তানদিগের, বিশেষত যাহাদের উক্ত রোগের প্রকোপ বিলক্ষণ খর্ব্ব হইয়া আসিয়াছে এবং কর্ণিয়া স্বচ্ছ আছে, তাহাদের চক্ষু হইতে ক্লেদ লইয়া তাহা অঙ্গুলির অগ্রভাগ অথবা তুলিকা দ্বারা অধঃপুট উল্টাইয়া তদুপরি ন্যস্ত রাখিতে হয়। ২।৪ ঘণ্টা পরেই চক্ষু বিলক্ষণ প্রদাহিত হইয়া পড়ে। এইরূপে ৩।৪ সপ্তাহ প্রবল পিউরিউলেণ্ট রোগ ভোগ করিলে, কর্ণিয়া পরিষ্কৃত ও গ্রানিউল সকল আশোষিত হইতে থাকে। ইতিমধ্যে, প্রদাহ নিবারণের নিমিত্ত কোন প্রকার ঔষধ ব্যবহার করা কর্ত্তব্য নহে; তবে দ্বিতীয় অথবা তৃতীয় দিবস হইতে প্রত্যহ চক্ষুকে মধ্যে মধ্যে পরিষ্কৃত করা উচিত। শ্বেতবর্ণ ক্লেদ অপেক্ষা পীতবর্ণ ক্লেদ দ্বারা সত্বর অধিক প্রদাহ আনয়ন করিতে পারা যায়। কিন্তু গণোরিয়া

রোগজ ক্লেদস্পর্শে চক্ষু বিনষ্ট হইবার সম্পূর্ণ সম্ভাবনা। একটী চক্ষু সুস্থ থাকিলে, তাহাকে ব্যাণ্ডেজ দ্বারা বদ্ধ রাখা ও মধ্যে মধ্যে অতি সাবধানে ধৌত করা উচিত। যাহাহউক, অগ্রে সিনডেকটমী অস্ত্রসাধন হইলে, ক্লেদবীজ স্পর্শে কর্ণিয়ায় বিপদ ঘটিবার অল্প সম্ভাবনা থাকে। পুরাতন স্থলেই যেখানে কঞ্জংটাইভা রসার্দ্র থাকে না এবং চক্ষু হইতে কোন প্রকার ক্লেদ পড়েনা, গ্রানিউল সকল শুষ্ক থাকে এবং চক্ষুতে অল্প বা অধিক প্যানস হয় তথায় জেকিউবিটির জল ব্যবস্থা করিতে হয়। যাঁহারা জেকিউরিটির অখ্যাতি করেন, তাঁহারা অনুপযুক্ত স্থলে এবং অধিক ঘন জল ব্যবহার করিয়াই অকৃতকার্য্য, হইয়া থাকেন। পিউরিউলেণ্ট ক্লেদস্পর্শে যদ্রূপ প্রদাহ উপস্থিত হয়, ইহাতে তদপেক্ষা অল্প পিউরিউলেণ্ট বা ডিফথারিটিক প্রদাহ হইয়া থাকে এবং সেই প্রদাহ কিছুদিন মাত্র থাকিয়াই টাকোমা এবং রক্তশিরা সকলকে আশোষণ করে। ইহাতে কখন কখন গলদেশে গ্রানিউলার স্ফীতি এবং শারীরিক বিশৃঙ্খলাও হইতে দেখা যায়।

ইংলণ্ডীয় সৈনিক পুরুষেরা গ্রীষ্মমণ্ডলে আসিলে প্রায়ই এই রোগাক্রান্ত হইয়া থাকে। লক্ষণ দেখিলে, সামান্য রোগ বলিয়া বোধ হয়, চক্ষুও সুস্থপ্রায় দেখায়। তবে, উহারা কেবল আপন আপন নিয়মিত কার্য্যে বিরত থাকিবার ছলে রোগ কল্পনা করিতেছে বলিয়া অনুমিত হয়। কিন্তু তাহা নহে। রৌদ্র, বৃষ্টি প্রভৃতি সামান্য কারণেই রোগের প্রবল লক্ষণাদি প্রকাশিত হইয়া উহাদিগকে স্ব স্ব কার্য্যে বিলক্ষণ বাধা প্রদান করে। এবম্বিধ স্থলে, উহাদিগকে স্বদেশে প্রেরণ করাই কর্ত্তব্য এবং তথায় উহারা যত অসংস্পৃষ্টভাবে থাকিবে, ততই এইরোগ অন্যান্য ব্যক্তিকে আক্রমণ করিতে পারিবেক না। এইরোগ অতিশয় দুর্দ্দম্য, কষ্টদায়ক, দীর্ঘস্থায়ী ও পুনঃ-প্রত্যাবর্ত্তক হইয়া দৃষ্টি নাশ করে।

প্রবল গ্রানিউলার রোগে মুদিত পুটোপরি সর্ব্বদা বরফ জলের কম্প্রেস, চক্ষুতে ক্ষীণ বাইক্লোরাইড লোশন (১০ উন্স জলে, ১ গ্রেণ) পুটপ্রান্তে মার্করি-আইডোফর্ম অয়েণ্টমেণ্ট এবং ভ্রূদেশে ও রগে বেলেডোনা মলম লাগান হইয়া থাকে। এক চক্ষু পীড়িত হইলে এবং রোগী বয়স্ক হইলে, সুস্থ চক্ষুটী ঘড়ির কাচ দিয়া ঢাকিয়া রাখা উচিত। ডাক্তার বুলার সাহেব

এই উপায় উদ্ভাবন করিয়াছেন।' একখণ্ড ৫½ ইঞ্চি ও আর একখণ্ড ৪ ইঞ্চি চতুষ্কোণ রবারের মোটা চাক্তি লইয়া তাহাদের মধ্যস্থল হইতে গোলাকারে কিয়দংশ বাদ দিবে ও পরস্পর জুড়িবে। এক্ষণে ঐ বাদ দেওয়া স্থলে একখানি ক্ষুদ্র ঘড়ির কাচ বসাইবে। এই রবারের চতুষ্প্রান্ত আঠা দিয়া নাসিকা, গণ্ড ও ললাটদেশে আবদ্ধ করিতে হয়। কেবল বায়ু প্রবেশের নিমিত্ত চক্ষুর কর্ণদিকস্থ কোণে খানিক খোলা রাখিতে হয়। কাচের ভিতর দিয়া দৃষ্টি চলে। কিন্তু নাসিকায় জুড়িবার সময় বিশেষ সাবধান হইতে হয়।

টিউবার্কিউলার কঞ্জংটিভাইটিস।

(TUBERCULAR CONJUNCTIVITIS)

শরীরের অন্যান্য স্থানের ন্যায় অক্ষিপুটে আদিম টিউবার্কল হইতে দেখা যায়। কিন্তু সচরাচর নাসারন্ধ্রের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতে এই রোগ জন্মিয়া তথা হইতে নাসিকার ডক্ট ও স্যাক দিয়া চক্ষুতে প্রথমে পংটার নিকটবর্ত্তী কঞ্জংটাইভায় এই রোগ জন্মে। স্বতঃ অথবা গৌণ হউক, এই রোগে কঞ্জংটাইভায় গ্রানিউলার কঞ্জংটিভাইটিস রোগের ন্যায় গ্রানিউল সকল জন্মে এবং তত্রত্য প্যাপিলা সকল বিবর্দ্ধিত হয়। গ্রানিউলার রোগে চক্ষুতে স্ফীত ভিলাই অধিক দেখা যায়, এবং তাহারা সমুদায় কঞ্জংটাইভার উপরিভাগ আক্রমণ করে। কিন্তু, এই রোগজ ভিলাইয়ে অনেক রক্তশিরা থাকে এবং সামান্য কারণেই তথা হইতে সহজে রক্তস্রাব হয়। ট্রাকোমা রোগের বীজাণুর ন্যায় টিউবার্কল রোগেরও বীজাণু আছে। তবে, ট্রাকোমা রোগ হইতে টিউবার্কল রোগের প্রভেদ এই যে, টিউবার্কল রোগে পীড়িত কঞ্জংটাইভায় প্রায়ই ক্ষত হইয়া থাকে, কিন্তু গ্রানিউলার রোগে কঞ্জংটাইভায় ক্ষত না হইয়া ক্ষত-কলঙ্ক ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র মাংসপিণ্ড উন্নত স্থান জন্মে।

কঞ্জংটাইভার এই টিউবার্কিউলোসিস রোগের অধিকাংশ স্থলেই কর্ণের সম্মুখে এবং চোয়ালের নীচে লিম্ফ্যাটিক গ্ল্যাণ্ডের বিবর্দ্ধন দেখা যায়। এই রোগে একটী চক্ষু পীড়িত হয়; কিন্তু, গ্রানিউলার রোগে উভয় চক্ষুই

এককালে পীড়িত হইয়া থাকে। অপিচ, এই রোগে প্রথম হইতেই কর্ণিযায় প্যানস হইতে দেখা যায়।

প্রথমাবস্থায় এই রোগাক্রান্ত চক্ষুর পাতা উল্টাইয়া দেখিলে, আমরা কঞ্জংটাইভায় অনেক উন্নত গ্রানিউল এবং কতকগুলি আরক্তিম স্ফীত প্যাপিলা দেখিতে পাই। এই সকল প্যাপিলা শীঘ্র শীঘ্র পাতার সমস্ত কঞ্জংটাইভাকে আচ্ছন্ন করে, কিন্তু তাহাদের উপরিভাগ এত সমতল হয় যে, তদ্দ্বারা অক্ষিগোলক ঘর্ষিত হয় না। এই সকল উন্নত প্যাপিলার মধ্যবর্ত্তী স্থান সকল প্রণালীবৎ নিম্ন হইয়া পড়ে, এবং তাহা মিউকো-পিউরিউলেন্ট ক্লেদস্রাবে পূর্ণ থাকে। রোগ গুরুতর হইলে এই সকল প্যাপিলার উপরিভাগে ক্ষত হইয়া পড়ে; এবং সেই সকল ক্ষত এত বিস্তৃত হইয়া পড়ে যে, তাহাদিগকে রোডেন্ট ক্ষত, লিউপস, ইপিথিলিওমা অথবা উপদংশজ ক্ষত বলিয়া ভ্রম হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—এই রোগ স্থানিক হইলেও ইহা শারীরিক রোগজ। সুতরাং চিকিৎসা সময়ে এতদ্বিষয় স্মরণ রাখিয়া পরিষ্কার জল, বায়ু ও খাদ্যাদি সাধারণ স্বাস্থ্য বিষয়ে মনোযোগী হওয়া সর্ব্বতোভাবে উচিত। স্থানিক চিকিৎসার মধ্যে পীড়িত কঞ্জংটাইভাকে সম্পূর্ণ চাঁচিয়া লইয়া, রক্তস্রাব বন্ধ হইলে, তথায় ক্লোরাইড অব জিঙ্ক লোশন (১৬ ব্য) চিত্রিত করিয়া তদুপরি সমপরিমাণ ট্যানিক এসিড ও আইডোফর্ম্ম চূর্ণ আচ্ছন্ন করিয়া রাখিতে এবং গ্রানিউলার রোগের ন্যায় বাইক্লোরাইড লোশন (১০ ব্য) ব্যবহার করিতে হয়। অপিচ, এইরূপ চিকিৎসার সঙ্গে সঙ্গে কক্স লিম্ফ (Koch's lymph) পিচকারি করিলে আরো অধিক উপকার দর্শে।

পশ্চিউলার কঞ্জংটিভাইটিস। (PUSTULAR CONJUNCTIVITIS.)

এই রোগ কঞ্জংটাইভার এক প্রকার সামান্য প্রদাহ মাত্র। এই রোগে কর্ণিযার পরিধি হইতে ১ বা ২ লাইন অন্তরে কনজংটাইভায় আলপিনের মস্তকের ন্যায় একটী অথবা ২।৪টী পশ্চিউল বা পূযবটি উৎপন্ন হইতে দেখা যায়। এই পশ্চিউলের তলদেশ রক্তাভ; কিন্তু উপরিভাগ পীতাভ শ্বেতবর্ণ।

উহাতে পূয় নাই এবং টিবিয়া দিলে উহা হইতে জলবৎ তরল এক বিন্দু রস নির্গত হয়। পষ্টিউলের নিকটস্থ কন্‌জংটাইভা অল্প বা অধিক আরক্তিম হইয়া থাকে; তদ্ব্যতীত দূরস্থ কনজংটাইভা বিলক্ষণ সুস্থ থাকে। অপিচ, কখন কখন দুই একটী রক্তশিরা উহাদের অভিমুখে ধাবিত হইতে দেখা যায়। সচরাচর কর্ণদিকস্থ চক্ষুর অংশে এই রোগ জন্মে। অপরাপর স্থলে, ঊর্দ্ধ ও অধোদিক অপেক্ষা নাসিকাদিকেই এই রোগ ঘটে। আরক্তিম রক্তশিরা সকলের বিপরীত দিকে চক্ষু বিঘূর্ণন করিলে অত্যন্ত যাতনা বোধ হয়; কিন্তু, আলোক অসহ্য বোধ হয় না; বালুকাকণা পতিতবৎ চক্ষু সামান্য কর কর করিতে থাকে এবং নিদ্রাবস্থায় চক্ষুর পাতা অল্প যুড়িয়া যায়। এই রোগ প্রায়তঃ যৌবন বয়সেই হইয়া থাকে।

কারণ ও পরিণাম।—শারীরিক স্বাস্থ্যের কোনরূপ ব্যতিক্রমে এই রোগ ঘটে। এই নিমিত্ত দুর্ব্বল ব্যক্তিদিগকেই এই রোগগ্রস্ত হইতে দেখা যায়। সবল ব্যক্তিদিগের পক্ষে, চিকিৎসা না করিলেও এই রোগ স্বয়ং উপশমিত হইতে পারে। সচরাচর ৫ দিবস হইতে ১৪ দিবসের মধ্যেই এই রোগ তিরোহিত হয়। এই রোগের বিশেষ দোষ এই যে, আরোগ্যান্তে, বিশেষতঃ দুর্ব্বল ব্যক্তিদিগের পক্ষে, উহা পুনঃপ্রত্যাবৃত্ত হইতে পারে।

চিকিৎসা।—প্রতিদিবস অথবা এক দিবস অন্তর চক্ষুর যে স্থানে উক্ত রোগ হইয়াছে, তথায় ২১ গ্রেণ ক্যালোমেল উষ্ট্রলোম তুলিকা দ্বারা ধূলিবৎ ছড়াইয়া দেওয়া ভিন্ন এই রোগের অপর কোন উৎকৃষ্ট ঔষধ নাই। এই ঔষধের বিশেষ গুণ এই যে, ইহা ব্যবহার করিলে, এই রোগ প্রত্যাবৃত্ত হইতে পারে না। এই নিমিত্ত আরোগ্যান্তেও ৮।১০ দিবস পর্য্যন্ত অথবা প্রত্যাবৃত্ত হইলেও এই ঔষধ ব্যবহার করা উচিত। ক্ষীণ ও দুর্ব্বল ব্যক্তির পক্ষে, কড্ লিভার অয়েল ও সিরপ ফেরি আইওডাইড প্রভৃতি বলকারক ঔষধ এবং পুষ্টিপ্রদ খাদ্যের আবশ্যক হইয়া থাকে। ক্যালোমেল নিক্ষেপে, চক্ষুতে অধিক উত্তেজনা ও সামান্য যাতনা হয় এবং অশ্রুর সহিত ক্রমাগত উক্ত ক্যালোমেল ধৌত হইয়া নির্গত হইয়া পড়ে। যাহাহউক, কিয়ৎক্ষণ পরে শীতল জল দ্বারা চক্ষু হইতে সমস্ত ক্যালোমেল ধৌত করা বিধেয়। নতুবা পুটাভ্যন্তরে ক্যালোমেল জমা থাকিয়া চক্ষুতে বিলক্ষণ প্রদাহ আনয়ন করিতে পারে।

ক্যালোমেল ব্যবহারে, চক্ষু অতিরিক্ত আরক্তিম ও প্রদাহিত হইলে, বোরাসিক লোশন (২২ ব্য) এবং শীতল জলের পটি ব্যবহার করা বিধেয়। অক্ষিপুট রাত্রিকালে যুড়িয়া যাইতে থাকিলে, ক্যালোমেল প্রত্যহ ব্যবহার না করিয়া ২।১ দিবস অন্তর ব্যবহার করা উচিত; এবং ক্যালোমেল ব্যবহারের সঙ্গে সঙ্গে শয়ন সময়ে পুটপ্রান্তে ক্ষীণবল সিট্রিন্ অথবা ইয়েলো অয়েণ্টমেণ্ট, (৬৯, ৭০, ৭৩, ৭৮ ব্য) প্রলেপিত করা বিধেয়। বোরাসিক্, লেড, অথবা জিঙ্ক লোশনে (৮, ২২, ৩৩, ১৪ ব্য) এবং রোগী সবল ও সুস্থ থাকিলে কোন প্রকার ঔষধ ব্যবহার না করিয়াও এই রোগ আরোগ্য হইতে দেখা যায়। এই রোগে এসারীন লোশন (৪৯ ব্য) ব্যবহার করিয়া ২।৪ দিনের মধ্যে চমৎকার উপকার পাওয়া যায়।

ফ্লিক্টিনিউলার কন্জংটিভাইটিস্।

(PHLYCTENULAR CONJUNCTIVITIS)

এই রোগ পশ্চিউলার কঞ্জংটিভাইটিস রোগের প্রকারান্তর মাত্র। কঞ্জংটাইভা ও কর্ণিয়া উভয় বিধানে এই রোগ উৎপন্ন হইতে পারে। পশ্চিউল বহুসংখ্যক হইলে, এইরোগ কখন কখন কন্জংটাইভা অথবা কর্ণিয়ার হার্পিজ্ রোগ বলিয়া উক্ত হয়। যাহাহউক, এস্থলে কেবল কনজংটাইভার রোগ বর্ণিত হইতেছে। কর্ণিয়ার রোগ তৎপ্রকরণে বর্ণিত হইবেক।

এই রোগের প্রারম্ভ সময়ে চক্ষুতে গরম বোধ হয়, পুটদ্বয় চুলকাইতে থাকে এবং চক্ষু উত্তেজিত ও তন্মধ্য হইতে অশ্রু নির্গত হয়। যাতনা ও আলোক-ভীতি থাকে বলিয়া, অক্ষিপুট প্রতিক্ষণেই মুদিত হইতে থাকে। কনজংটাইভায় যে রক্তাধিক্য হয়, তাহা কখন কখন কনজংটাইভার কেবল কোন এক প্রদেশেই ত্রিভুজাকারে উপলক্ষিত এবং সেই স্থান কিঞ্চিৎ স্ফীত বলিয়া দৃষ্টিগোচর হয়। এই ত্রিভুজাকার স্থানের শীর্ষদেশে পশ্চিউলের ন্যায় এক বা তদধিক ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র উন্নত স্থান দেখা যায়। তাহারা অর্দ্ধস্বচ্ছ অথবা পীতাভ শ্বেতবর্ণ; এবং ছিন্ন হইলে তত্তৎস্থান ক্ষতযুক্ত হয়। এই রোগও চক্ষুতে কর্ণাভিমুখেই জন্মে।

কর্ণিয়া পীড়িত এবং ইপিস্ক্লারাইটিস্ রোগ বলিয়া ভ্রম-চিকিৎসিত না হইলে, এই রোগ সত্বর ১০।১৫ দিবসের মধ্যেই আরোগ্য হইতে পারে। কিন্তু প্রত্যাবৃত্ত হইলে, আরোগ্য হইতে বহু দিবস লাগে। সচরাচর বালকেরা বিশেষতঃ যাহারা অতি দুর্ব্বল ও স্বাস্থ্যহীন, স্ক্রফুলা ধাতুবিশিষ্ট এবং অতিশয় স্নায়ু-প্রবল, ভীত ও ক্রুদ্ধ স্বভাবাপন্ন, তাহারাই এবম্বিধ রোগ ভোগ করে। চক্ষুতে অতিরিক্ত উগ্রবল য্যাষ্ট্রিঞ্জেণ্ট্ লোশন ব্যবহার করিয়া অথবা গণ্ড, ললাট, নাসিকা ও কর্ণ দেশে একজিমা প্রভৃতি রোগ ঘটিলাও এই রোগ জন্মিতে পারে।

পশ্চিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্, ইপিস্ক্লারাইটিস্ ও স্ক্রফুলাস্ কেরাটাইটিস্ রোগের সহিত এই রোগের বিশেষ সৌসাদৃশ্য আছে। বাস্তবিক ইহারা একইবিধ রোগ, কেবল চক্ষুর ভিন্ন ভিন্ন অবয়বে আক্রমণ করিয়া থাকে মাত্র।

চিকিৎসা।—উত্তেজনা রহিত করা ও চক্ষুতে অন্য কোন গুরুতর লক্ষণ প্রকাশিত হইতে বাধা প্রদান করা, ফ্লিক্‌টিনিউল সকলকে আশোষিত করা এবং রোগীর স্বাস্থ্য ও বল বৃদ্ধি করিয়া এই রোগকে পুনরাবৃত্ত হইতে না দেওয়াই, এই রোগ চিকিৎসার প্রধান উদ্দেশ্য।

অতিরিক্ত আলোকভীতি ও অশ্রুনিঃসরণ থাকিলে, প্যাড ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষু আবদ্ধ রাখিয়া অন্ধকারময় গৃহে বাস করা উচিত। কারণ, তাহা হইলে, পুনঃপুনঃ পুটমুদ্রণে চক্ষু ঘর্ষিত, সমধিক উত্তেজিত ও ক্ষতযুক্ত হইতে পারে না; এবং অশ্রু-প্রবাহে গণ্ডদেশে একজিমা প্রভৃতি রোগও ঘটে না। যাহাহউক, ৪।৫ ঘণ্টা অন্তর ব্যাণ্ডেজাদি পরিবর্ত্তন ও চক্ষুকে কদুষ্ণ জলে অথবা বোরাসিক বা বাইক্লোরাইড লোশনে (১০, ২২ ব্য) ধৌত করা বিধেয়। পুটচর্ম্ম ঘৃষ্ট হইলে, অথবা হাজিয়া যাইলে, তথায় ক্ষীণ সিট্রিন্ অয়েণ্টমেণ্ট, অকসাইড্ অব্ জিঙ্ক্ অথবা বোরাসিক অয়েণ্টমেণ্ট (৬১, ৭০, ৮০, ৮৩ ব্য) প্রলেপিত করা উচিত। অপাঙ্গচর্ম্ম উন্মোচিত হইলে, তথায় ট্যানেট্ অব্ গ্লীসারীণ অথবা ৪০ ভাগ কড্‌লিভার তৈলে ১ ভাগ কার্ব্বলিক এসিড মিশ্রিত করিয়া প্রদান করিতে হয়। এতদ্ব্যতীত উক্ত স্থান বিশুদ্ধ জল দিয়া ধৌত করা কদাচ বৈধ নহে। নাসারন্ধ্র হইতে ঘন ক্লেদস্রাব হইতে থাকিলে, নাসারন্ধ্র মধ্যে কষ্টিক লোশন (২ ব্য) স্পৃষ্ট করা বিধেয়। বোরাসিক অথবা লেড্ লোশন্ (২০, ২২,

১০, ৭, ৮ ব্য) নাসিকা, কর্ণ, গণ্ড ও ললাট দেশের একজিমা রোগ নিবারণ করিবার মহৌষধ। অলিয়ম অব ডিলিনি এরূপ স্থলে ব্যবহৃত হয়। এই সকল লোশনে বা তৈলে তত্তৎস্থান ধৌত করা ও আর্দ্র রাখা উচিত। প্রতি দিবস এক বার মাত্র চক্ষুতে ক্যালোমেল ধূলিবৎ নিক্ষেপ করিলে ২।৩ দিবসের মধ্যেই ফ্লিক্টিনিউল সকল ও তাহাদের পার্শ্বস্থ কনজংটাইভার রক্তাধিক্য অপনীত হইয়া যায়। কিন্তু চক্ষুতে উত্তেজনা অর্থাৎ আলোক-ভীতি, রক্তাধিক্য এবং অশ্রুনিঃসরণ থাকিলে, উহা ব্যবহার করা কর্ত্তব্য নহে। করিলে, চক্ষু সমধিক উত্তেজিত হইয়া থাকে। ক্যালোমেলের পরিবর্ত্তে, ইয়েলো অয়েণ্টমেণ্ট (৬৩, ৭৪ ব্য) চক্ষুতে প্রত্যহ এক এক বার ব্যবহার করিলেও তদ্রূপ উপকার পাওয়া যায় এবং রোগও প্রত্যাবর্ত্তন করে না। প্রবল উত্তেজনা নিবারিত হইলে, অথবা না হইলেও উহা কোকেনের সহিত ব্যবহার করা যায়। নীচের পাতা উল্টাইয়া তদুপরি এক বিন্দু মলম তুলিকা বা শলাকা দ্বারা প্রদান করত চক্ষু পুনঃ-পুনঃ মুদিত ও উন্মিলিত করিয়া, ১০।১৫ মিনিট পরে একখণ্ড কোমল বস্ত্র দ্বারা উহা মুছিয়া লইতে হয়। স্বাস্থ্য ও বলবৃদ্ধিকারক আহার-বিহার এবং পরিষ্কার পরিচ্ছন্নভাবে অবস্থানাদি সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। কোষ্ঠ পরিষ্কার বিষয়ে যত্ন করা উচিত এবং স্নায়ু-প্রবলতা ও চক্ষুর বেদনা নিবারণের নিমিত্ত হায়েসায়েমাস্, কোনায়ম্, কোডিয়া, মর্ফিয়া অথবা আফিঙ্গ ব্যবহার করা যায়। বলকারক ঔষধের মধ্যে, আইয়োডাইড অব আয়রণ, টিং ষ্টিল, কড লিভার অয়েল ও কুইনাইন এবং অতি শিশুসন্তানদিগের পক্ষে, লাইকোয়ার, সিনকোনি অথবা ভাইনম ফেরি প্রভৃতি ব্যবহৃত হয়। মুখমণ্ডলে একজিমা প্রভৃতি চর্ম্মরোগ থাকিলে, ভোজনান্তে লাইকার আর্সেনিকেলিস (বয়স বিবেচনায় ২ হইতে ১০ মিনিম, দিবসে ৩ বার) অধিক জলে মিশ্রিত করিয়া সেবন করিলে বিশেষ উপকার দর্শে। ইহাতে চর্ম্মরোগ আরোগ্য হইলেই চক্ষুরও রোগ আরোগ্য হইয়া যায়। আলোকভীতি নিবারণ করিতে টার্টার এমেটিকেরই বিশেষ গুণ আছে। ব্যাণ্ডেজ ব্যবহারে এবং স্বাস্থ্যবৃদ্ধিতে এই আলোকভীতি ক্রমশ হ্রাস হইতে থাকে। ইহাতেও উপকার না হইলে, চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন ও কোকেন প্রদান, পুটোপরি বেলেডোনা প্রলেপন ও চক্ষু বন্ধন অথবা য়্যাট্রোপীনে

উত্তেজনা বৃদ্ধি হইলে, য়্যাট্রোপীন-বেলেডোনা অয়েণ্টমেণ্ট (৮১ ব্য) প্রত্যহ দুইবার ভ্রূদেশে মর্দ্দিত করা বিধেয়। বালকদিগের পক্ষে, মুখমণ্ডল বারংবার জলমগ্ন করিয়া, তন্মধ্যে চক্ষু উন্মিলন করিলেও আলোকভীতি অপনীত হইতে পারে, এবং যুবা ব্যক্তিদিগের পক্ষে, সুপ্রা-অর্ব্বিটাল প্রদেশে মর্ফিয়ার পিচকারী করিলেও বিশেষ উপকার পাওয়া যায়। এইরোগে পুটচর্ম্মোপরি সাবধানে টিং আইওডীন প্রলেপন অথবা কপোলদেশে পর্য্যায়ক্রমে ব্লিষ্টার বা সুচার লগ্ন করিলে, সেই প্রত্যুত্তেজনা দ্বারাও বিশেষ ফল দর্শে।

একজ্যান্থিমেটস অপ্থালমিয়া (EXANTHEMATOUS)

হাম ও স্কার্লেট জ্বর প্রভৃতি রোগেও কঞ্জংটাইভায় ক্যাটারাল বা ফ্লিক্টি-নিউলার রোগের সমস্ত লক্ষণাদি উদিত হয়। সাধারণতঃ অধিকাংশ স্থলেই উৎপাদক রোগের উপশমের সহিত এই রোগ স্বতঃ আরোগ্য হইয়া যায় এবং কোনরূপ চিকিৎসার প্রয়োজন হয় না। কিন্তু এই প্রদাহ কখন কখন এত ভয়ানক হয় যে, কর্ণিয়া ক্ষতযুক্ত অথবা পচিয়া চক্ষুর ঢেলা বাহির হইয়া আইসে। দুর্ব্বল ও স্ক্রফুলা ধাতু বিশিষ্ট বালকদিগেরই সচরাচর এইরূপ অবস্থা ঘটে।

চিকিৎসা।—এইরোগের চিকিৎসা অতি সহজ। সাধারণতঃ হাম প্রভৃতি আরোগ্য হইলে, তজ্জনিত কনজংটাইভার প্রদাহও আরোগ্য হইয়া যায়। শারীরিক স্বাস্থ্যরক্ষা করিয়া চক্ষুকে আলোক হইতে রক্ষা করা এবং সতত পরিষ্কার পরিচ্ছন্ন থাকা উচিত। প্রদাহাদি থাকিলে, জিঙ্ক, য়্যালম বোরাসিক ও লেড প্রভৃতি য়্যাষ্ট্রিনুজেণ্ট লোশন ব্যবহৃত হয়। আলোকভীতি অশ্রুনিঃসরণ এবং তৎসঙ্গে সঙ্গে কর্ণিয়া বা কনজংটাইভায় ফ্লিক্টিনিউল থাকিলে, কোকেন, য়্যাট্রোপীন অথবা বেলেডোনা লোশন (১৫, ৩৪, ৩২ ব্য) চক্ষুতে ফোটা ফোটা পাতিত করা ও ললাটদেশে কম্পাউণ্ড বেলেডোনা অয়েণ্টমেণ্ট (৭২, ৫৫ ব্য) ঘর্ষিত করা উচিত। ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব এই রোগে চক্ষুতে কোন প্রকার য়্যাষ্ট্রিঞ্জেণ্ট ঔষধাদি দিতে নিতান্ত অনিচ্ছুক। তাঁহার মতে, ঠাণ্ডা শারীরিক চিকিৎসাদি দ্বারা হাম প্রভৃতি মূলরোগ অগ্রে আরোগ্য করা এবং রোগীকে অন্ধকারময় গৃহে আবদ্ধ রাখিয়া ও চক্ষুতে

পোস্ত চেঁড়ির সেঁক এবং অতি ক্ষীণ বোরাসিক ও য়্যাট্রোপিয়া লোশন প্রদান করিয়া সামান্য আলোকভীতি ও চক্ষুর উত্তেজনা নিবারণ করাই এই রোগের চিকিৎসা। কিন্তু, কর্ণিয়ায় ক্ষতাদি জন্মিলে, তদনুরূপ চিকিৎসা করিতে হয়।

বসন্তরোগজ অপ্‌থালমিয়া (VARIOLAR.)

অক্ষিপুটে, অথবা কর্ণিয়া ও কনজংটাইভায় বসন্ত রোগের বিষাক্ত গুটিকা উদিত হইয়া কখন কখন চক্ষু বিনষ্ট হইয়া থাকে। অক্ষিপুটে গুটিকা জন্মিলে, তৎস্থান এত স্ফীত হয় যে, চক্ষু উন্মীলন করা দুঃসাধ্য হইয়া পড়ে। পুটপ্রান্তে জন্মিলে পক্ষ্মবিনাশ, ও প্যাল্‌পিব্রাল্‌ কনজংটাইভায় জন্মিলে, অশ্রুস্রাবের ব্যাঘাত করত ট্রাইকিয়েসিস প্রভৃতি রোগোৎপত্তি এবং অক্ষিগোলকের কনজংটাইভায় জন্মিলে, ক্যাটারাল ও ফ্লিক্টিনিউলার রোগজ প্রাদাহিক লক্ষণ উপস্থিত করায়। এই রোগে ল্যাক্রিমাল্‌ যন্ত্রও পীড়িত হইতে পারে। গুটিকা হইতে খোস উঠিবার শেষাবস্থায় চক্ষুতে এবম্বিধ ঘটনাদি ঘটে। কিন্তু বসন্তের উদ্ভেদাবস্থায় কর্ণিয়ায় কোন প্রকার পষ্টিউল উদিত হয় না। বসন্তজ জ্বরাবস্থাতেই কর্ণিয়া বিপদগ্রস্ত হইয়া থাকে। অপিচ, বসন্ত রোগ আরোগ্য হইয়া ৫।৭ সপ্তাহ পরেও চক্ষুতে এবম্বিধ বিপদ ঘটিতে দেখা যায়; এবং কর্ণিয়ায় ক্ষত, স্ফোটক, ও ওনিক্স হইয়া অথবা উহা পচিয়া যাইয়া, আইরিস বহির্গত এবং ষ্ট্যাফিলোমা অর্থাৎ চক্ষুর ঢেলা বাহির হইয়া পড়ে। নতুবা কর্ণিয়ায় গাঢ় ঘোলা পড়ে। এই রোগে, চক্ষুর অপরাপর সমস্ত অবয়ব প্রদাহিত হইয়া চক্ষু প্রায়ই বিনষ্ট হইয়া থাকে। অক্ষিপুটের স্ফীতাবস্থায় কর্ণিয়া প্রায়ই পীড়িত হয় না। কিন্তু, ঐ স্ফীতি কমিলে, তখন কর্ণিয়ায় বিপদ আসিবার সম্পূর্ণ সম্ভাবনা। সুতরাং চিকিৎসাকালে এই সকল বিষয় স্মরণ রাখা কর্তব্য।

চিকিৎসা।—এই রোগেও হাম প্রভৃতি রোগজাত স্থলের ন্যায় চিকিৎসা। প্রথমেই বলকারক ঔষধ প্রভৃতি ব্যবস্থা করিয়া রোগীর বল বৃদ্ধি করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। অক্ষিপুটে গুটিকার উদ্ভেদ, অথবা নিদ্রাবস্থায়

পাতা যুড়িয়া যাওয়া নিবারণার্থে, অক্ষিপুটোপরি গ্লীসারীণ, অলিভ অয়েল, অথবা ভ্যাসালীন, ল্যানোলীন, কোল্ড ক্রিম প্রভৃতি প্রতিদিবস ৩।৪ বার প্রলেপিত হইয়া থাকে। কেহ কেহ রগে এবং কর্ণ পশ্চাতে ২।৩টী জোঁক লাগাইবার ব্যবস্থা দেন; এবং তাঁহারা টার্টার এমেটিক দ্বারা অতিরিক্ত বমন এবং মলত্যাগাদি ঘটাইয়া অনেক উপকার দেখাইয়া থাকেন। যাহাহউক, যাহাতে কোষ্ঠ পরিষ্কার থাকে এবং স্বাস্থ্য বৃদ্ধি হয়, এরূপ চিকিৎসা করাই সর্ব্বতোভাবে উচিত। পুট ও কনজংটাইভায় জাত বসন্তের গুটিকা ছিন্ন করিয়া তন্মধ্যস্থ পদার্থ নিঃসৃত করা এবং কর্ণিয়ায় ক্ষতাদি হইলে, তদনুরূপ চিকিৎসাদি করা বৈধ। নতুবা, সাধারণতঃ চক্ষু করোসিভ সব্লিমেট বা বোরাসিক লোশন (১০, ২২ ব্য) দ্বারা সর্ব্বদা ধৌত করা উচিত। কর্ণিয়া পীড়িত হউক আর নাই হউক, প্রত্যহ প্রাতে চক্ষুতে এক এক ফোটা য়্যাট্রোপীন লোশন পাতিত করা বৈধ। অপকর্ষক পরিবর্ত্তন বৃদ্ধি পাইতে থাকিলে, চক্ষুর বিতান খর্ব্বাংশে কর্ণিয়া ছিদ্রিত করিয়া য়্যাকিউয়স নির্গত হইতে দেওয়া উচিত।

কখন কখন মুখমণ্ডলে ইরিসিপিলাস (Erysipelas) রোগ ঘটিয়াও কনজংটাইভা পীড়িত হইয়া থাকে। তাহাতে অক্ষিপুট বিলক্ষণ স্ফীত হয়; কিন্তু কর্ণিয়া অতিকদাচিৎ পীড়িত হইয়া থাকে। সুতরাং এই সকল বিবেচনা করিয়া তদ্বিধস্থলে চিকিৎসা করা উচিত। ইরিসিপিলাস রোগ চিকিৎসায় পীড়িত স্থলে কলোডিয়ন বা উগ্র কষ্টিক লোশন প্রলেপন উপকারজনক।

জারপ্থালমিয়া (XEROPHTHALMIA.)

এইরোগ সচরাচর দেখিতে পাওয়া যায় না। এইরোগে চক্ষুর ও পাতার কনজংটাইভা ঘন, বন্ধুর, শুষ্ক ও খড়িউঠা বা খস-খসে ভাব এবং চর্ম্মাকৃতি ধারণ করে। রোগী চক্ষুতে গরম বোধ করে এবং পুটসঞ্চালনে চক্ষুর নীরসতা অনুভূত হয়। কঞ্জংটাইভার গ্ল্যাণ্ড সকল উপযুক্ত রস নিঃসৃত করিতে না পারাই ইহার কারণ।

গ্রানিউলার অথবা ডিফথেরিটিক প্রভৃতি কনজংটাইভার কোন দীর্ঘস্থায়ী পীড়ায়, অথবা চক্ষুতে কোন উগ্র এসিড বা চূর্ণ পতিত হইয়া, অথবা দীর্ঘকাল

কষ্টিক ব্যবহার করিয়া, কনজংটাইভা চুপ্‌সিয়া যায়; সুতরাং উহার স্পর্শানুভব শক্তি এত বিনষ্ট হইয়া যায় যে, ধূলি, কুটা প্রভৃতি পদার্থ চক্ষুতে পতিত হইলে তাহা অনুভূত হয় না। রস নিঃসৃত হইয়া কনজংটাইভার মসৃণতা বিনষ্ট হয়; সুতরাং উহা খোস-উঠার ন্যায় খস-খসে ভাব ধারণ করে। এই রোগে সমস্ত অথবা কিয়দংশ কর্ণিয়া আবিল হইয়া দৃষ্টির ব্যাঘাতও ঘটাইতে পারে।

চিকিৎসা।—চক্ষুতে কাঁচা দুগ্ধ, ক্যাষ্টর অয়েল অথবা গ্লীসারিণ প্রদান করা ব্যতীত এই রোগের অন্য কোন বিশেষ উপকারক ব্যবস্থা অদ্যাপি প্রকাশিত হয় নাই।

পেম্ফিগস্ (Pemphigus)।—আরপ্থারিয়া ও এই রোগ একই রোগ। এই আশ্চর্য্য পীড়ায় পুরাতন কঞ্জংটিভাইটিসের লক্ষণাদির সঙ্গে সমস্ত কঞ্জংটাইভা ক্ষতসংস্কার প্রযুক্ত আস্তে ২ চুপসিয়া যায়। প্রথমাবস্থায় পাতা পুরু হয় এবং পাতার কঞ্জংটাইভা আরক্তিম ও ক্ষতকলঙ্কিত হয় বলিয়া ইহাকে কখন ২, ট্রাকোমা রোগ বলিয়া ভ্রম হয়। পরিশেষে, কঞ্জংটাইভার সমস্ত প্রণালীগুলি অবরুদ্ধ হইয়া পড়ে, এবং কর্ণিয়া উত্তেজিত ও শুষ্ক হইয়া আবিল হইয়া পড়ে এবং তদুপরি শাদা শাদা মরিচা ধরে (zerosis)। কোনরূপ চিকিৎসায় এই রোগ আরোগ্য হয় না। কোন কোন স্থলে সার্ব্বাঙ্গীন পেম্ফিগস রোগের বিবরণও পাওয়া যায়।

ল্যাক্রিম্যাল কঞ্জংটিভাইটিস। (LACRIMAL CONJUNCTIVITIS)

অশ্রুরোধ হইয়া কখন কখন কষ্টকর পুরাতন কঞ্জংটিভাইটিস রোগের সঙ্গে পক্ষ্মমূলে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ফুস্কুড়ি জন্মে, অথবা পুরাতন ব্লেফেরাইটিস রোগের লক্ষণাদি উপস্থিত হয়। ঐ সকল ফুস্কুড়ি ও ক্লেদস্রাবে বীজাণুও বর্ত্তমান থাকে। এই রোগের চিকিৎসা পুরাতন কঞ্জংটিভাইটিস অথবা ব্লেফারাইটিস রোগের ন্যায়। মার্কিরি-ইয়েলো অয়েণ্টমেণ্ট এবং লেপিস ডেভিনস লোশন (৭৮; ৬ ব্য) বিশেষ উপকারক। কঞ্জংটাইভার এমিলইড (Amyloid) রোগ এদেশে আদৌ ঘটে না বলিয়া তাহার বর্ণনা করিলাম না।

স্প্রিং ক্যাটার (Spring catarrh)। এই আশ্চর্য্য রোগ অক্ষি-

গোলকের এবং উর্দ্ধপুটের কঞ্জংটাইভায় আক্রমণ করে। অক্ষিগোলকে উহা টেরিজিয়মের ন্যায় মাংসবৃদ্ধিবৎ দেখায় এবং অনেক দূর পর্য্যন্ত কর্ণিয়ার উপরি আসিয়া পড়ে। উর্দ্ধপুটে উহা বিস্তৃত সমতল গ্রানিউলেশনের ন্যায় দেখায় এবং বহুকোণী সীমায় আবদ্ধ থাকে। ট্রাকোমা রোগের ন্যায় উহা পুটের কোন না কোন কোণে উদিত হয়। এই রোগ এই উভয় স্থানে যুগপৎ অথবা একে একে আবির্ভূত হইতে পারে। বসন্ত এবং গ্রীষ্মকালে এই রোগের প্রকোপ বৃদ্ধি হয়; এবং কোন কোন স্থলে অনেক বৎসর ধাবৎ বহিয়া যায় এবং সামান্য কষ্ট প্রদান করে। ইপিথিলিয়মে এই রোগ জন্মে, কিন্তু এই রোগ প্রযুক্ত প্যানস রোগ জন্মে না।

চিকিৎসা।—কষ্টিক ব্যবহার প্রয়োজন হয় না। মধ্যে ২ গ্যালভানো-কটারি দ্বারা বড় বড় গ্রানিউলেশন গুলি স্পর্শ করাই ইহার সুচিকিৎসা। ট্রাকোমা রোগের ন্যায় ইহা স্পর্শাক্রামক বা দবিদ্রবত নহে।

টেরিজিয়ম্। (PTERYGIUM)

কঞ্জংটাইভা এবং তাহার তলবর্ত্তী টিস্যু বৃদ্ধি পাইয়া চক্ষুর কোণে এই রোগ জন্মে। এই ত্রিভুজাকার মাংসবৃদ্ধির ভূমি সেমিলুনার ফোল্ডের অভিমুখে থাকে; এবং শীর্ষকোণ কর্ণিয়ার অভিমুখে অথবা কর্ণিয়ার পরিধি স্পর্শ বা কর্ণিয়ার মধ্যস্থলে আসিয়া পড়ে; সুতরাং এই শেষোক্ত স্থলে, চক্ষুর তারা অবরোধ করায়, দৃষ্টিরও ব্যাঘাত জন্মে। তদ্ব্যতীত স্থলে, বিগতশ্রী ভিন্ন টেরিজিয়মে অপর কোন অসুবিধা বা অনিষ্ট ঘটে না। টেরিজিয়মের উপরি-ভাগে বহুল রক্তশিরা সমতলভাবে গতিবিধি করে; সুতরাং তৎস্থান অল্প বা অধিক আরক্তিম ও ঈষৎ উন্নত হয়। টেরিজিয়ম কঞ্জংটাইভা ও কর্ণিয়ার উপরিভাগে শিথিলভাবে অবস্থান করে বলিয়া, উহাকে সহজেই ফর্সেপ্স দ্বারা ধৃত করা যায়। চক্ষুর নাসিকাদিকস্থ কোণেই সচরাচর এই রোগ জন্মে। কিন্তু, অপর কোণে অথবা উভয় চক্ষুতে অথবা এক চক্ষুর দুই কোণে অথবা উর্দ্ধ বা অধোদিকেও এই টেরিজিয়ম উদিত হইতে পারে।

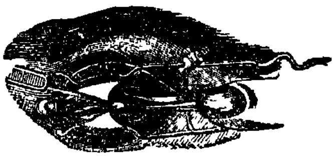
ভারতবর্ষ প্রভৃতি গ্রীষ্মপ্রধান দেশবাসী এবং প্রৌঢ় ব্যক্তিরাই সচরাচর

এই রোগ ভোগ করে। এই রোগের প্রকৃত কারণ নির্ণয় করা দুঃসাধ্য। বোধ হয়, রৌদ্র, ধূলি, প্রভৃতি প্রতিনিয়ত চক্ষুতে পতিত হইয়া, দীর্ঘকাল তদুত্তেজনায় এই রোগ জন্মে। ক্যাটারাল্ ও ফ্লিক্টিনিউলার কন্জংটিভাইটিস রোগেও কর্ণিয়ার প্রান্তে সামান্য ক্ষত জন্মিয়া এবং সেই ক্ষত ক্রমশ কন্জংটাইভায় ব্যাপ্ত হইয়া, এই রোগের উৎপত্তি হয়। এই রোগের বৃদ্ধি অতি মৃদু।

চিকিৎসা।—টেরিজিয়ম ক্ষুদ্র এবং কেবল স্ক্লেরটিকের উপর ব্যাপ্ত হইলে, বিশেষ তৎসঙ্গে সঙ্গে চক্ষুতে সামান্য ক্যাটারাল্ অফ্থালমিয়া রোগ থাকিলে, ভাইনম্ ওপিয়াই (১০ মি, জল ১ ঔন্স, ২৭ ব্য) অথবা কপার, জিঙ্ক বা কষ্টিক প্রভৃতি য়াষ্ট্রিঞ্জেণ্ট লোশন (৪।৩৬।১৪ ব্য) প্রতিদিবস ২।৩ বার চক্ষুতে প্রদান করা বৈধ। টেরিজিয়মের উপরিভাগে সল্ফেট অব কপার স্পর্শন অথবা এসিটেট্ অব লেড বা ক্যালোমেল প্রতিদিবস ১ বার ধূলিবৎ প্রদান করিলে, বিশেষ উপকার পাওয়া যায়। কিন্তু, উহা বৃহৎ হইয়া চক্ষুচালনায় কষ্ট প্রদান করিলে, অথবা কর্ণিয়ায় ধাবিত হইয়া দৃষ্টির ব্যাঘাত ঘটাইলে, অস্ত্রসাধন ভিন্ন উপর্য্যুক্ত ঔষধাদিতে কোন প্রকার ফল দর্শে না। সময়ে সময়ে, এই অস্ত্রসাধনেও আমাদিগকে বিফল-মনোরথ হইতে হয়। কারণ, তদ্বিধস্থলে উহা কর্ণিয়ার উপর এত দূর আইসে যে, উহা কর্ত্তিত হইলেও তত্রত্য কর্ণিয়া বিলক্ষণ দাগী হইয়া থাকে। সুতরাং কর্ণিয়ার স্বচ্ছ অংশে কৃত্রিম তারা না করিলে, রোগীর দৃষ্টির আবিলতা দূর হয় না। অপিচ, টেরিজিয়মের ভূমি বৃহৎ হইলে, এই অস্ত্রসাধনে অধিক পরিমিত কঞ্জংটাইভা ছিন্ন হওয়ায়, তৎস্থানে বৃহৎ ক্ষতশুষ্ক চিহ্ন অবশিষ্ট থাকিয়া চক্ষুর পরিচালন-ক্রিয়ার ব্যাঘাত ঘটায়, অথবা উহা পুনর্ব্বার জন্মে; সুতরাং পুনর্ব্বার অস্ত্র-সাধনেরও প্রয়োজন হয়।

অস্ত্রসাধন।—টেরিজিয়ম্ কর্ত্তন করিতে সচরাচর নিম্নলিখিত উপায় গৃহীত হইয়া থাকে। কোকেন লোশন (শতকরা ৮ ভাগ) দ্বারা চক্ষুকে অসাড় ও "ষ্টপ্ স্পেকুলম দ্বারা পুট-বিস্ফারণ করিয়া, একখানি সূক্ষ্ম ও সদন্ত ফর্সেপ্স্ বা হুক দ্বারা সেমিলুনার ফোল্ড হইতে কর্ণিয়া পর্য্যন্ত দূরের ঠিক মধ্যস্থলে, টেরিজিয়মকে ধৃত ও সম্মুখদিকে কিঞ্চিৎ টানিয়া ধরিতে হয়। উহা কর্ণিয়ায় ব্যাপ্ত হইলে, তথা হইতে উহাকে অগ্রে একখানি বক্র কাঁচি

অথবা ক্যাটারাক্ট ছুরিকা দ্বারা ছেদন করিয়া, তৎপরে ক্রমে স্ক্লেরটিকের উপরি হইতেও ছেদন করিয়া লওয়া আবশ্যক (পার্শ্বস্থ চিত্র দেখ)।" এই ছিন্নপ্রান্ত সূচার দ্বারা আবদ্ধ হইলে অথবা অগ্রে সূচার আবদ্ধ করিয়া



তদন্তর্ব্বর্ত্তী টেরিজিয়ম ছিন্ন হইলে, ছিন্নপ্রান্ত পরস্পর মুখে মুখে যুক্ত হইয়া যায়, এবং শুষ্ক হইলে উচ্চাবচ হয় না। কেহ কেহ টেরিজিয়ম ছিন্ন করিয়া তথায় উগ্রবল কষ্টিক লোশন (২ ব্য) স্পৃষ্ট করিয়া দিয়া থাকেন। যাহাহউক, সেমিলুনার ফোল্ড পর্য্যন্ত সমস্ত টেরিজিয়ম ছিন্ন করা কদাচ বৈধ নহে। যতদিন ক্ষত আরোগ্য না হয় এবং অস্ত্রজনিত প্রদাহ বর্ত্তমান থাকে, ততদিন চক্ষুতে শীতল জলের পটি ব্যবহৃত হয়। কিন্তু এইরূপ অস্ত্র করিয়াও উহা কখন কখন পুনর্ব্বার জন্মে। তদ্বিধ স্থলে, পুনর্ব্বার অস্ত্র করিয়া সেই কর্ত্তিত মাংসের শীর্ষস্থান কর্ত্তিত স্থানের ভূমিদেশাভিমুখে রাখিয়া তাহাকে তৎস্থানে চাপিয়া রাখিতে হয়। ইহাতে উহা পুনর্ব্বার জন্মিলেও তদ্দ্বারা দৃষ্টির ব্যাঘাত জন্মে না। এইজন্য কেহ কেহ প্রথম অস্ত্র সময়েই একবারে উহাকে ছেদন করিয়া ফেলিয়া না দিয়া উহার শীর্ষকোণ ভূমির দিকে লাগাইয়া রাখিয়া আইসেন। উহা তথায় পচিয়া শুকাইয়া যায়; এবং নূতন বৃদ্ধি হইলেও তাহা কর্ণিয়ার অভিমুখে অগ্রসর হয় না।

পিঙ্গুইকিউলা (Pinguecula)।—কখন কখন চক্ষুর উভয় দিকেই কর্ণিয়ার প্রান্তসন্নিকটে টেরিজিয়মের ন্যায় একটী ক্ষুদ্র পীতাভ, ত্রিভুজাকার উন্নত চিহ্ন দেখা যায়। ইহার শীর্ষকোণ কর্ণিয়ার অভিমুখে থাকে না; ভূমিদেশ কর্ণিয়ার অভিমুখে থাকে বলিয়া, উহাকে টেরিজিয়ম্ বলিয়া ভ্রম হয় না। বৃদ্ধ ব্যক্তিদিগের এই রোগ ঘটে; কিন্তু উহা অসুবিধাজনক ও বিরক্তিকর নহে। বিরক্তিকর হইলে, উহাকে ফর্সেপ্স্ দ্বারা ধরিয়া কাঁচি দ্বারা কর্ত্তন করা যাইতে পারে।

লিম্ফ্যাঞ্জিয়েক্টেসিস (Lymphangiectasis)।–কঞ্জংটাইভার উপরিভাগে কখন কখন আলপিনের মস্তকের ন্যায় কতকগুলি ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র উন্নতস্থান

দেখা যায়; তন্মধ্যে বিচালির ন্যায় বর্ণবিশিষ্ট তরল রস থাকে। লিম্ফ প্রবাহের ব্যতিক্রমে উহারা ঘটে; এবং কতিপয় সপ্তাহ পরে নিজে নিজেই বিলুপ্ত হইয়া যায়। যাহাহউক, চাপদিয়া উহাদিগকে সরাইয়া দেওয়াও (Massage) যায়।

ঔষধ-জনিত, কঞ্জংটিভাইটিস।

চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন প্রদান করিয়াও কখন কখন কঞ্জংটাইভা উত্তেজিত ও প্রদাহিত হইয়া পড়ে; এবং পাতার কঞ্জংটাইভা আরক্তিম, পুরু এবং এমত কি গ্রানিউল যুক্ত হয়। পাতার বহিশ্চর্ম্ম আরক্তিম, কিঞ্চিৎ চকচকে এবং অল্পাল্প হাজিয়া যায়। বৃদ্ধ ব্যক্তিদিগের পক্ষেই এইরূপ ঘটে। যাহাহউক, কোন কোন ব্যক্তি এই সকল কষ্ট ব্যতীত চক্ষুতে ২।১ ফোটা য়্যাট্রোপীনও সহ্য করিতে পারে না। ধাতুরীন ও ডিউবয়েসীনে এত উত্তেজনা আনয়ন করে না; সুতরাং তাহা ব্যবহার করা অথবা কিছুদিবস কোন প্রকার প্রসারক ঔষধ না ব্যবহার করাই উচিত। পাতায় বোরাসিক, লেড বা জিঙ্ক মলম লাগান, বোরাক্স লোশনে পাতা ভিজাইয়া রাখা এবং চক্ষুতে বোরাসিক, সিলভার বা জিঙ্ক লোশন (১০, ১২, ১৩, ১৪, ১৬, ব্য) প্রদান করাই ইহার চিকিৎসা। টাট্কা য়্যাট্রোপীন লোশন বা বাইক্লোরাইড ও বোরাসিক দিয়া প্রস্তুত লোশনেও কোন কোন ব্যক্তির পক্ষে এই ঘটনা নিবারিত হয় না। এসারীন লোশনেও কখন কখন এইরূপ ঘটনা ঘটে। সীসার অক্ষর প্রস্তুতকারকেরাও এবং কম্পোজিটারগণও কখন কখন এইরূপ কঞ্জংটিভাইটিস রোগে আক্রান্ত হইয়া থাকেন। ক্রাইসোফেনিক এসিড বা গোয়া পাউডার দ্বারা দদ্রু রোগ চিকিৎসা করিয়াও তজ্জন্য কেহ কেহ কঞ্জংটিভাইটিস রোগগ্রস্ত হইয়া থাকেন। অধিক দিন আর্সেনিক ভক্ষণ করিয়াও অনেকের কঞ্জংটাইভা লাল ও প্রদাহিত হইয়া থাকে। জেকিউবিটি ও অন্যান্য দ্রব্যেও কঞ্জংটাইভা প্রদাহিত হয় (৭৮ পৃষ্ঠা ও ৫৪ ব্য দেখ)।

কনজংটাইভার বৃদ্ধি (HYPERTROPHY)

পিউরিউলেণ্ট্ প্রভৃতি রোগের পর সচরাচর পুটীয় কনজংটাইভার বৃদ্ধি ঘটিয়া, তত্রত্য ভিলাই সকল উন্নত হইয়া পড়ে। সুতরাং এই রোগকে

গ্রানিউলার কনজংটিভাইটিস রোগের সমতুল্য বলিতে হইবেক। কিন্তু এই রোগে কর্ণিয়া রক্তশিরা-সমাবেশিত হইয়া অস্বচ্ছ হয় না।

চিকিৎসা।—সামান্য স্থলে, রোগীর শারীরিক স্বাস্থ্যের প্রতি দৃষ্টি রাখিয়া, পীড়িত স্থানে কপার স্পর্শন অথবা লেড্ বা ট্যানিন প্রক্ষেপ করিলে, এই রোগ আরোগ্য হইয়া থাকে। এতদ্ব্যতীত স্থলে, বিবর্দ্ধিত ভিলাই সকলকে চিরিয়া উষ্ণ জলে ধৌত ও বস্ত্র দ্বারা অনার্দ্র করত, তদুপরি উগ্র ট্যানিন্ সলিউশন (২ ড্রাম, জল ১ ঔন্স) সপ্তাহে দুই বার প্রলেপিত করিতে হয়। ইহাতে আরোগ্য না হইলে, ট্যানিনের পরিবর্ত্তে ক্রোমিক্ এসিড ব্যবহৃত হইয়া থাকে।

কনজংটাইভার চোপসান (ATROPHY.)

ডিফ্থেরিটিক ও গ্রানিউলার রোগে অথবা কোন পদার্থ স্পর্শে, রাসায়নিক গুণে কনজংটাইভা চুপসিয়া যায় এবং দেখিতে ঠিক ক্ষতশুষ্ক দাগের ন্যায় হয়। সচরাচর ইহাতে কর্ণিয়ায় প্যানস্ ও অক্ষিপুটে এণ্ট্রোপিয়ন রোগ ঘটে বলিয়া, সেই সেই রোগ আরোগ্য করিলে, এই রোগও আরোগ্য হইয়া থাকে।

কনজংটাইভার লোল অবস্থা (RELAXATION)

বৃদ্ধবয়সে অক্ষিগোলক কোটরমগ্ন হয় বলিয়া, কনজংটাইভার সহিত চক্ষুর সংযোগও শিথিল হইয়া পড়ে। কনজংটাইভার এই লোল অবস্থা সচরাচর নাসিকাদিকেই দৃষ্ট হয়। য্যাষ্ট্রিন্‌জেণ্ট লোশন ব্যবহারে অথবা লোল কঞ্জংটাইভার কিয়দংশ কর্ত্তন ও কর্ত্তিত স্থান সুচার দ্বারা সংযুক্ত এবং চক্ষুতে শীতল জলের পটি ব্যবহার করিলে, এই অবস্থা আরোগ্য হইয়া যায়। চক্ষুতে ভাইনম ওপিয়ম বা ওপিয়ম লোশন (২৭ ব্য) ব্যবহার করিয়াও এই রোগ আরোগ্য হয়।

আঘাতাদি দুর্ঘটনা (INJURIES & WOUNDS)

পদার্থ-পতন (Foreign body)।—লৌহ, কাচ, কয়লা, ধূলা, কুটা ও মশা প্রভৃতি চক্ষুতে সহসা পতিত হইয়া, কনজংটাইভায় লগ্ন, আবদ্ধ

অথবা বিদ্ধ হইয়া ভয়ানক প্রদাহ ও উত্তেজনা উপস্থিত করে। অক্ষিপুট আকুঞ্চিত ও মুদিত, কনজংটাইভা আরক্তিম এবং আলোকভীতি, অশ্রুনিঃসরণ ও চক্ষু করকর করা ইত্যাদি লক্ষণ উপস্থিত হয়। চক্ষুতে অল্প বা অধিক যাতনা এবং কখন কখন চক্ষুর তারা সঙ্কুচিত হয়। মশা ও পতঙ্গাদি শরীর হইতে উত্তেজক গুণবিশিষ্ট উগ্র মল নির্গত করিয়া এই প্রদাহ আনয়ন করে; এবং লৌহকণাদি পুনঃপুনঃ পুট উন্মিলন-নিমিলনে সমধিক যাতনাপ্রদ হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—অগ্রে উক্ত পদার্থকে চক্ষু হইতে বহিষ্কৃত করাই ইহার চিকিৎসা। পতনমাত্রেই চক্ষু কিয়ৎক্ষণ স্থির ভাবে মুদিত রাখিতে হয়; তাহাতে যদি পতিত পদার্থ অশ্রুর সহিত নির্গত হইয়া না আইসে, তবে হস্ত দ্বারা অনবরত পুট-ঘর্ষণ করিয়া উহাকে বহির্গত করিবার চেষ্টা করা বৃথা; বরং তাহাতে উহা সমধিক আবদ্ধ হইয়া পড়ে। এবম্বিধস্থলে, পক্ষ্ম ধরিয়া অক্ষিপুটকে অক্ষিগোলক হইতে উত্তোলিত করিয়া রাখিলে, অথবা শীতল জলপূর্ণ কোন পাত্রে চক্ষু মগ্ন করিয়া তন্মধ্যে পুট উন্মীলন-নিমীলন করিলে, অথবা চক্ষুতে কদুষ্ণ জলের পিচকারি বা স্পঞ্জ হইতে ধারানি দিলেও, ধূলি কুটা প্রভৃতি পদার্থ সহজেই বহির্গত হইয়া যায়। যদি ইহাতেও বহির্গতি না হয়, অর্থাৎ উহা কনজংটাইভায় দৃঢ় আবদ্ধ অথবা বিদ্ধ থাকিলে, উহাদের অবস্থান নির্ণয় করিয়া ও কোকেন লোশন (শতকরা ৪ভাগ) দ্বারা চক্ষু অসাড় করিয়া একটী নিডল অথবা স্পড দ্বারা, এমত কি, পার্শ্ববর্ত্তী কনজংটাইভার স্তর সমেত একখানি কাচি দ্বারা উহাদিগকে নিষ্কাশিত করা উচিত। অতঃপর চক্ষু কদুষ্ণ জলে ধৌত করিয়া তন্মধ্যে এক ফোটা ক্যাষ্টর অথবা অলিভ অয়েল অথবা গ্লীসারিণ প্রদান করা এবং চক্ষু প্যাড ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা ২।১ দিন আবদ্ধ রাখা উচিত। রেট্রো-টার্সাল ফোল্ডেই সচরাচর এই সকল পদার্থ আবদ্ধ থাকে।

চক্ষু অতিশয় প্রদাহিত ও উত্তেজিত হইলে, শীতল জলের পটি ও বেলেডোনা প্রলেপ ব্যবহার করা যাইতে পারে। সোঁয়া পোকা, য়্যামোনিয়া অথবা কোন বৃক্ষের নির্য্যাস প্রভৃতি জনিত ভয়ানক প্রদাহে বেলেডোনা লোশনের (৪২ ব্য) পটি এবং কোকেন বা ওপিয়ম ড্রপ্স (২৭, ৩৪ ব্য)

বিশেষ উপকারক। অন্যান্যস্থলে, চক্ষুর অবয়বাদির অবস্থা দেখিয়া, য়্যাট্রো-পীন, এসারীণ অথবা কোন প্রকার য়্যাষ্ট্রিঞ্জেণ্ট ঔষধ প্রযুক্ত হইয়া থাকে।

রাসায়নিক পদার্থ।—চূর্ণ ও অন্যান্য ক্ষার পদার্থ পতিত হইয়া রাসায়নিক কার্য্য দ্বারা কনজংটাইভাকে প্রদাহিত ও বিনাশিত করে। উহা অগ্রে ঘৃষ্ট, ক্ষত ও বিগলিত হইয়া, পরিশেষে শুখাইয়া আইসে। সুতরাং কখন কখন নিকটবর্ত্তী টিসু সঙ্কুচিত হইয়া, এণ্ট্রোপিয়ন রোগের অথবা ক্ষতস্থান হইতে লিম্ফ্ নিঃসৃত হইয়া আক্ষিক ও পুটীয় উভয় কনজংটাইভাকে পরস্পর সংযুক্ত করিয়া, সিম্ব্লিফেরণ অথবা এঙ্কাইলো-ব্লেফেরণ রোগের উৎপত্তি করিয়া থাকে। এই চূর্ণস্পর্শে কর্ণিয়াও বিগলিত হইতে পারে।

চিকিৎসা।—চূর্ণ পতিত হইবার অব্যবহিত পরেই চিকিৎসায় প্রবৃত্ত হইলে, ভিনিগার লোশনের (১ ড্রাম, জল ১ঔন্স) পিচকারি দিয়া চক্ষুর অভ্যন্তর ধৌত করিয়া, তথায় ২।১ ফোটা ক্যাষ্টর অথবা অলিভ অয়েল পাতিত করা বিধেয়। চূর্ণ পতিত হইলে, চক্ষুতে এত যাতনা উপস্থিত হয় যে, রোগীকে ক্লোরোফর্ম্ম দ্বারা অচেতন করত এবং কোকেন লোশনে চক্ষুকে অসাড় করত অতিসাবধানে উভয় অক্ষিপুট উল্টাইয়া, প্রত্যেক চূর্ণরেণু এক খানি স্প্যাচুলা, স্পড্ বা নিড্ল দ্বারা উত্তোলিত ও পুটমধ্যে বিশেষ উর্দ্ধ পুট মধ্যে কোকেন ও বোরাসিক এসিড লোশনের অথবা কদুষ্ণ জলের পিচকারি অথবা স্পঞ্জ দ্বারা কদুষ্ণ জলের ধারানি দিয়া চক্ষু পরিষ্কাররূপে ধৌত করিতে হয়। অতঃপর অলিভ অথবা ক্যাষ্টর অয়েল অথবা ১ঔন্স অলিভ অয়েলে ১০ গ্রেণ আইডোফর্ম্ম মিশ্রিত করিয়া তাহা চক্ষুতে সদাসর্ব্বদা প্রদান করা উচিত। চক্ষুর প্রদাহ অনুসারে জিঙ্ক ও কষ্টিক্ লোশনাদির ব্যবস্থা করা যাইতে পারে। গ্লীসারিণ লোশন (১ ড্রাম, জল ৭ ড্রাম) দ্বারা চক্ষু ধৌত করাও ইহার চিকিৎসা। চক্ষু অতিশয় যাতনাপ্রদ ও উত্তেজিত এবং কর্ণিয়া ও আইরিস পীড়িত হইলে, অথবা কনজংটাইভায় বিস্তৃত ও যাতনাপ্রদ ক্ষত হইলে, উত্তপ্ত পোস্তঢেঁড়িজলে সেঁক, চক্ষুতে য্যাট্রোপীন কোকেন লোশন (৪০ ব্য) প্রদান, কপোলদেশে জলৌকা লগ্ন, আফিঙ্গ অথবা মর্ফিয়া সেবন, ভ্রূ অথবা কপোলচর্ম্মে মর্ফিয়া বা মর্ফিয়া ও য়্যাট্রোপীনের পিচকারি (¼ গ্রেণ মর্ফিয়া, ১/৬০ গ্রেণ য়্যাট্রোপীন), চক্ষুর চতুষ্পার্শ্বে বেলেডোনা অয়েণ্টমেণ্ট প্রলেপন অথবা

বেলেডোনা লোশনের পটি ব্যবস্থা করা যাইতে পারে। চক্ষুতে চূর্ণ পতিত হইলে, কেহ কেহ এসেটিক এসিড্ লোশনের (ডিল্ ২মি, জল ১ ঔন্স) ব্যবস্থা দেন।

উগ্র সল্ফিউরিক ও নাইট্রিক প্রভৃতি এসিড দ্বারা কনজংটাইভা ও কর্ণিয়া বিনাশিত হইতে পারে। সচরাচর এতদ্দ্বারা চক্ষুর পাতায় ক্ষত হইয়া কেবল এক্‌ট্রোপিয়ন রোগের উৎপত্তি হয়। এই এসিড সংস্পর্শের পর চক্ষুতে কার্ব্বনেট অব সোডা বা কার্ব্বনেট অব পোটাস লোশন (৪।৫ গ্রেণ, জল ১ ঔন্স) দ্বারা পিচকারি দেওয়া ও তৎপরে ২।১ ফোটা অলিভ অয়েল প্রদান করা বৈধ।

দ্রবীভূত সিসা অথবা অগ্নিতে কনজংটাইভা দগ্ধ হইলে, উহা ক্ষত অথবা বিগলিত হইয়া, সচরাচর আক্ষিক ও পুটীয় উভয় কনজংটাইভার পরস্পর সংযোগ ঘটায়। এই বিপদ হইতে নিস্তার পাওয়া অতি দুরূহ। ধাতুনির্ম্মিত পাত, কৃত্রিম চক্ষু ও গ্লীসারিণসিক্ত লিণ্ট উক্ত উভয় কনজংটাইভার মধ্যে সংস্থাপিত হইয়া থাকে। কিন্তু, কিছুতেই উক্ত বিপদ হইতে সম্যক্ উদ্ধার হওয়া যায় না।

ঘৃষ্টাঘাত (Lacerated Wounds)।—কখন কখন কোন বস্তুর আঘাত লাগিয়া কনজংটাইভা অল্প বা অধিক পরিমাণে ছিন্নবিছিন্ন হইয়া ঘৃষ্ট হইতে পারে, এবং তথায় রক্ত জমাট বাঁধিয়া কাল্‌শিরে পড়ে। ইহা কোন ভয়াবহ ঘটনা নহে। কেবল প্যাড ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষুকে আবদ্ধ রাখিলে, সত্বরেই উহা আরোগ্য হইয়া যায়। অপিচ, ছিন্নবিছিন্ন প্রান্তগুলি রেসমের সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম সূচার দ্বারা পরস্পর মুখে-মুখে বন্ধন করা সঙ্গত বোধ হইলে, তাহা করা যাইতে পারে। অতিরিক্ত প্রদাহ উপস্থিত থাকিলে, শীতল জল, বরফ অথবা লেড ও আর্ণিকা প্রভৃতি য়্যাষ্ট্রিঞ্জেট লোশনের পটি (৮, ২৮ ব্য) এবং চক্ষুতে কোকেন লোশন (৩৪ ব্য) ব্যবহৃত হইয়া থাকে।

ইকাইমোসিস বা কাল্‌শিরা বা রক্ত-জমা (Ecchymosis)

হঠাৎ পতিত হইয়া, অথবা মুষ্টি কিম্বা অপর কোন পদার্থ দ্বারা চক্ষু এবং চক্ষুর নিকটবর্ত্তী স্থানে আঘাত লাগিলে, অথবা অতিশয় কাশি ও হাঁচি প্রভৃতি

দ্বারা চক্ষুতে চাড় লাগিয়া কনজংটাইভার কোন সূক্ষ্ম রক্তশিরা ছিন্ন হওত কঞ্জংটাইভার অভ্যন্তরে রক্তস্রাব হইয়া, সেই রক্ত জমাট বাঁধিয়া কালশিরে পড়ে। শিরঃপীড়া, স্কর্ভি (Scurvey) এবং কঞ্জংটিভাইটিস্ রোগে অথবা অন্য কোন অপরিজ্ঞাত কারণে নিদ্রাবস্থায়ও এবম্ভূত কাল্শিরে পড়িতে পারে। মস্তকে আঘাত লাগিয়া অক্ষিকোটরের কোন অস্থি ভগ্ন হইলে, কিয়ৎকাল মধ্যেই কনজংটাইভাতেও তজ্জনিত রক্তস্রাব জমাট বাঁধিয়া দেখা দেয়। যাহাহউক, এই কাল্শিরে প্রথমে গাঢ় লোহিতবর্ণ থাকে, কিন্তু পরে ক্রমে মলিন হইয়া পড়ে। বিগতশ্রী ব্যতীত ইহাতে যাতনা প্রভৃতি কোন অসুবিধা নাই, সুতরাং চক্ষু বিনাশের কোন প্রকার ভয় থাকে না।

চিকিৎসা।—কম্প্রেস ও ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করিয়া ২।৪ দিবস চক্ষুর বিশ্রাম দিলে, এইরক্ত শীঘ্র আশোষিত হইয়া যায়। এই সঙ্গে সঙ্গে আর্ণিকা, হাইড্রোসায়েনিক, নাইট্রিক ইথার ও লেড্ প্রভৃতি লোশনের (২৮, ৩২, ৩১, ৮ ব্য) এবং বরফ বা শীতল জলের পটি দ্বারা চক্ষু সতত আর্দ্র রাখিলে, বিশেষ উপকার দর্শিয়া থাকে। কৃষ্ণবর্ণ ব্রায়নি বৃক্ষমূলের পোল্টিস দ্বারা উপকার দর্শে। হুপিং কফ্ অর্থাৎ ভয়ানক উৎকাশি রোগগ্রস্ত বালকের পক্ষে, ইপিকাক্, ব্রোমাইড, সিরপ টলু (১১২ ব্য) পূর্ণমাত্রায় টিং বেলেডোনা বা কুইনাইন প্রভৃতি ঔষধাদি দ্বারা অগ্রে তদ্রোগ নিবারণ না করিলে, কেবল চক্ষুতে ঔষধ প্রদান করিয়া এই রোগ উপশমিত হয় না। শিরঃপীড়াজনিত স্থলে, ডাং কেলি সাহেব ব্রোমাইডের সহিত বেলেডোনা মিক্শ্চার (১১৩ ব্য) প্রতিদিন ৩ বার করিয়া সেবনের অনুমতি দেন।

কিমোসিস্ (Chemosis)।—পিউরিউলেণ্ট প্রভৃতি কনজংটিভাইটিস্, আইরাইটিস, আইরিডো-কোরইডাইটিস্ প্রভৃতি রোগে, ক্যাটার্যাক্ট অথবা আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধনের পর, কিম্বা দূরবর্ত্তী হৃদ্পিণ্ড অথবা কিডনির পীড়ায়, অথবা অপর কোন গূঢ় শারীরিক বিশৃঙ্খলায়, বৃদ্ধ ও অল্পবয়স্ক, রক্তাল্প, শীর্ণ এবং যাঁহাদের কঞ্জংটাইভা লোল থাকে, তাঁহাদিগের কনজংটাইভা ও তত্তলবর্ত্তী টিসুতে সিরম নামক রসপদার্থ প্রবিষ্ট হইয়া (Serous effusion,) উহা বিলক্ষণ স্ফীত হইয়া উঠে। এমত কি, কর্ণিয়া তদভ্যন্তরে একটী নিম্নস্থান বলিয়া প্রতীয়মান হয়। কনজংটাইভার এই স্ফীতির নাম কিমোসিস্।

ইহাতে চক্ষু হইতে কোন প্রকার ক্লেদ নির্গত বা চক্ষুতে যাতনা বোধ হয় না। যাতনা হইলেও তাহা যৎসামান্য হইয়া থাকে। গৌণ কারণজ স্থল ব্যতীত, এই রোগে ভয়ের কোন আশঙ্কা নাই। এই রোগ যেমন সহসা উপনীত হয়, তদ্রূপ কোন প্রকার য্যাষ্ট্রিন্‌জেণ্ট লোশন প্রদান ও কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজাদি বন্ধন করিলে, সহজেই অপনীত হইয়া থাকে। স্ফীতি অতিরিক্ত হইলে, কাঁচি অথবা নিড্‌ল দ্বারা ২।৪ স্থানে চিরিয়া বা ছিদ্রিত করিয়া দিলে, তন্মধ্য হইতে রস নির্গত হইয়া এবং প্যাড ও ব্যাণ্ডেজ বন্ধনে সত্বর আরোগ্য হইয়া থাকে। রোগীর শারীরিক স্বাস্থ্য ও অন্যান্য কারণের প্রতিও বিলক্ষণ দৃষ্টি রাখা কর্ত্তব্য।

ইম্ফিসিমা (Emphysema)।—কোন কারণে নাসিকার প্যারিয়েটিস্ (Parietis) অস্থি ভগ্ন হইলে, অথবা ল্যাক্রিমাল্ স্যাকে কোন প্রকার আঘাত লাগিলে, কনজংটাইভার নিম্নবর্ত্তী টিস্যুতে বায়ুপ্রবেশ হইয়া তৎস্থান স্ফীত হইয়া উঠে। এই স্ফীতির নাম কনজংটাইভার ইম্ফিসিমা। নাসিকারন্ধ্র রুদ্ধ হইয়া থাইলেও কনজংটাইভায় বায়ু প্রবেশ করিতে পারে। যাহাহউক, এই স্ফীতিতে অঙ্গুলির চাপ দিলে এক প্রকার শব্দ উৎপন্ন হয়। দৃঢ়রূপে ব্যাণ্ডেজ বন্ধন এবং প্রয়োজনমতে কনজংটাইভা বিদারিত করিয়া বায়ু নির্গত করিয়া দিলে, এই রোগ আরোগ্য হইয়া যায়।

ক্যারঙ্কিউলা ল্যাক্রিমেলিস্ (Caruncula Lachrymalis)।—নাসিকাদিকস্থ অপাঙ্গদেশে কখন কখন ক্ষুদ্র ও রক্তিম গ্রানিউলের ন্যায় একটী উন্নত স্থান দেখিতে পাওয়া যায়। উহা মিবোমিয়ান গ্ল্যাণ্ডের স্তূপ দ্বারা নির্ম্মিত এবং কনজংটাইভা দ্বারা আবৃত। উহার উপরিভাগ হইতে কতকগুলি সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম লোম উৎপন্ন হয়। সল্‌ফেট অব কপার স্পৃষ্ট অথবা তুলিকা দ্বারা টিং ওপিয়াই প্রলেপন করাই ইহার চিকিৎসা। তদ্ব্যতীত উহা কর্ত্তন করা কোন মতেই উচিত হয় না।

কঞ্জংটাইভার টিউমার এবং গ্রানিউলোমেটা।

(GRANULOMATA AND TUMOURS)

পলিপস (Polypi)।—নাসিকাবন্ধে পিনাস দেখিতে যেরূপ কনজং-টাইভাযও কখন কখন তদ্রূপ ২।৩টী পলিপস্ উৎপন্ন হয। উহাদের বর্ণ গোলাপ পুষ্পের ন্যায। উহারা সেমিলুনার ফোল্ডে ও ক্যারঙ্কলে উদিত হয়; এবং উহাদের এক একটী বৃন্ত থাকে। উহারা কখন কখন এত বৃহৎ হয় যে, চক্ষু মুদিত করিলে, তদ্দ্বারা সম্যক্ আবৃত হয় না। এইরূপ অবস্থায় উহারা কিঞ্চিৎ যাতনা প্রদান করিয়া থাকে। এক খানি কাঁচি অথবা স্ক্যাল্পেল দ্বারা এক ভাঁজ কনজংটাইভা সমেত উহাদিগকে কর্ত্তিত করা যাইতে পারে। পরে, নাইট্রেট্ অব সিলভার স্পৃষ্ট হইলে, কর্ত্তিত স্থান হইতে রক্তক্ষরণ ও এই রোগের পুনরুদ্গমন উভয়ই নিবারিত হয। কঞ্জংটাইভায় উদ্ভিন্ন মিবোমিয়ান সিষ্টের সঙ্গে কখন কখন পুটীয কঞ্জংটাইভায় চেপ্টা বোতামের ন্যায় ২।১টী গ্রানিউলোমেটা উদিত হইয়া থাকে। উহাদের অভ্যন্তর দিয়া সিষ্টের অভ্যন্তরে প্রোব চালান যায। সিষ্ট চিরিয়া দিয়া উহাদিগকে কর্ত্তিত করিতে হয। পরে প্রত্যহ ২ বার করিয়া পুটাভ্যন্তরে ইয়েলো অয়েণ্টমেণ্ট লাগাইতে হয। এরূপ দলবদ্ধ গ্রানিউলোমেটায কখন কখন বাহ্য পদার্থ দেখিতে পাওয়া যায়।

বসার্ব্বুদ (Fatty tumours)।—অক্ষিকোটরের মেদবৃদ্ধি হইয়া, কর্ণিয়া হইতে কিয়দ্দূরে ল্যাক্রিমাল গ্ল্যাণ্ডের নিকটস্থ কনজংটাইভায়, কখন কখন ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র বসার্ব্বুদ উৎপন্ন হইয়া থাকে। উহারা দেখিতে মসৃণ, পীতবর্ণ ও চিক্কণ, কিন্তু যাতনাপ্রদ নহে। ইহা প্রায়ই জন্মসহজাত রোগ; এবং অধিক বয়স ব্যতীত প্রায়ই প্রকাণ্ড আকার ধারণ করে না; এবং প্রকাণ্ড হইলে, ল্যাক্রিমাল গ্ল্যাণ্ডের কার্য্যহানি করিতে পারে। যাহাহউক, উহাদিগকে কর্ত্তিত করা যাইতে পারে, এবং তৎপরে প্যাড্ ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষু আবদ্ধ রাখা উচিত।

ডার্ম্মইড (Dermoid tumours)।—কখন কখন কর্ণিয়া ও স্ক্লেরটিকের সন্ধিস্থলে এই সকল টিউমার উৎপন্ন হয। উহারা দেখিতে শ্বেতাভ পীতবর্ণ

(ফেঁকাশে) এবং চর্ম্মের উপকরণ বিশিষ্ট। উহা হইতে ২।১ টী ক্ষুদ্র বা বৃহৎ কেশ উৎপন্ন হয। ইহাও জন্মসহজাত রোগ; এবং ষোড়শ বৎসব বয়ঃক্রমের পব, যখন শ্মশ্রু বহির্গত হইতে থাকে, তখন উহাতেও কেশ উৎপন্ন হইতে দেখা যায। অধিক বযস না হইলে, উহাবা প্রায়ই প্রকাণ্ড হয না। পুনরুদিত না হয, একপভাবে উহাদিগকে কর্ত্তিত করিতে পারা যায়। কিন্তু যাহাতে কর্ণিযা অথবা স্কেবটিক গভীরভাবে কর্ত্তিত না হয, তাহাতে উহার মুলদেশ কর্ত্তিত হউক আব নাই হউক, এরূপ সাবধান হওযা উচিত।

আঁচিল (Warts)।—একটী অথবা শ্রেণীবদ্ধ হইয়া বহুল বক্তবর্ণ (মাংসবর্ণ) অথবা পাংশুবর্ণ আঁচিল প্যাল্‌পিব্রাল অথবা কর্ণিয়ার নিকটবর্ত্তী চক্ষুব কনজংটাইভায় উদিত হইয়া থাকে। উহা হইতে সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম কেশ উৎপন্ন হইতে দেখা যায। বর্দ্ধিত হইতে না হইতেই, পুনরুত্থিত হইতে না পাবে, একপ ভাবে উহাদিগকে কর্ত্তিত করা ও পবে কর্ত্তিত স্থানে কষ্টিক স্পৃষ্ট কবা বৈধ।

সিস্ট ও নিভস্ (Cysts & Nœvi)।—মটবেব ন্যায গোলাপীবর্ণ অর্দ্ধস্বচ্ছ সিষ্টও কনজংটাইভায় কদাচিৎ উৎপন্ন হইয়া থাকে। অক্ষিপুটেব কনজংটাইভায় ইপিথিলোমা উৎপন্ন হয; এবং অপাঙ্গসন্নিকটে উভয অক্ষিপুটে সিষ্টিসার্সাই হইতে দেখা যায। অসুবিধা হইলে, উহাদিগকে নিষ্কাশিত করাই শ্রেয়ঃ।

ক্যান্‌সার (Cancer)।—কর্ণিযার নিকটস্থ কনজংটাইভায় অপ্রদাহিত পশ্চিউলের ন্যায সার্কোমা টিউমাব (Sarcoma) প্রাযই অক্ষিকোটরের টিউমাবাদিব গৌণ অবস্থা মাত্র। উহাদিগকে অথবা চক্ষু সমেত উহাদিগকে নিষ্কাশিত কবা শ্রেযঃ।

ইপিথিলিওমা (Epithelioma)।—পুটীয় কঞ্জংটাইভায় কখন কখন উদিত হইয়া থাকে। অক্ষিপুটের বোডেন্ট ক্ষত বোগে উহাদেব লক্ষণ ও চিকিৎসা বিবৃত হইয়াছে।

এণ্টোজোয়া (Entozoa) কখন কখন কঞ্জংটাইভাব সংযোজক ঝিল্লীতে এণ্টোজোযা, হাযডেটিড সিষ্ট (Hydatid cysts) এবং ফাইলেবিয়া (Filaria) দেখা গিয়াছে

ক্যারঙ্কলের পীড়া।—চক্ষুর নাসিকাদিকস্থ কোণে যে ক্ষুদ্র মাংস পিণ্ড উন্নত স্থান দেখা যায়, তাহা গ্রানিউলেটিং টিস্থু মাত্র এবং কঞ্জংটাইভা দ্বারা আবৃত; সুতরাং কঞ্জংটাইভার সমস্ত রোগ ইহাকেও তৎসময়ে আক্রমণ করে। কখন কখন উহা এত বর্দ্ধিত হইয়া থাকে যে, পাতা দিয়া ঢাকা পড়ে না, এবং স্পৃষ্ট হইলে, সহজে রক্তস্রাব হয়। উহা কর্ত্তিত করিলে, প্রচুর রক্ত পড়ে; এবং কখন কখন পুনরুদিত হইয়াও থাকে। যাহাহউক, পুনরুদিত হইলে, পুনঃছেদন করা উচিত। কষ্টিক স্পার্শন ও ২।১০ মিনিট স্পঞ্জের চাপে রক্তক্ষরণ স্থগিত হইয়া থাকে।

তৃতীয় অধ্যায়।

কর্ণিয়ার রোগ।

শরীরতত্ত্ব।—স্ক্লেরটিক অক্ষিগোলকের বাহ্য আবরণ। কর্ণিয়া এই স্ক্লেরটিকের সম্মুখাংশ। ঘড়ির কাচখানি ঘড়িতে যেরূপ বসান থাকে, কর্ণিয়া ঠিক যেন তদ্রূপে এই স্ক্লেরটিক-গোলকের সম্মুখাংশে আছে। তবে, কর্ণিয়ায় স্ক্লেরটিকের টিস্যু রূপান্তরিত হইয়া সম্পূর্ণ স্বচ্ছ হইয়াছে, এবং তাহাতে রক্ত-শিরাদি কিছুই নাই। স্ক্লেরটিক এই কর্ণিয়ার পশ্চাদংশ অপেক্ষা সম্মুখাংশে এবং দুই পার্শ্ব অপেক্ষা ঊর্দ্ধ এবং নীচের দিকে কিঞ্চিৎ অধিকার করিয়া আছে। কর্ণিয়া প্রায় ১ মিলিমিটার পুরু এবং পরিধিভাগাপেক্ষা কেন্দ্রভাগে অধিক পাতলা।

প্রকৃত কর্ণিয়া তিনটী স্তরে গঠিত হইলেও কর্ণিয়ায় সর্ব্বসমেত চারিটী স্তর আছে। বাহ্য স্তরের নাম ইপিথিলিয়াল স্তর। ইহা কঞ্জংটাইভার ইপিথিলিয়াল স্তরের অংশ মাত্র। ইহাও আবার ৮।৯টী কোষস্তরে গঠিত।

প্রকৃত কর্ণিয়া তিনটী রূপান্তরিত সংযোজক টিস্যু দ্বারা গঠিত এবং তন্মধ্যে পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তরের নাম ডেসিমেট মেম্ব্রেণ (Membrane of Descemet)। এই সকল স্তরাভ্যন্তরে প্রণালী ও পথ আছে, তন্মধ্য দিয়া লিউকোসাইট সকল গতিবিধি করিতে পারে, এবং স্ক্লেরটিকের অভ্যন্তরেও তাহারা তথা হইতে গতিবিধি করে।

কর্ণিয়ায় সিলিয়ারি নার্ভ আছে। এই সকল নার্ভ কর্ণিয়ার নিকটবর্ত্তী স্ক্লেরটিকে প্রবেশ করে এবং সিলিয়ারি পেশী ও আইরিসে শাখাপ্রশাখাদি প্রেরণ করিয়া এই কর্ণিয়ার প্রান্তে জালবৎ অবস্থান করে। নার্ভের জাল হইতে বিভক্ত এবং অতিবিভক্ত হইয়া অসংখ্য নার্ভ-সূত্র সকল সম্মুখদিকে কর্ণিয়ার ইপি-থিলিয়াল স্তরে যাইয়া সম্মুখবর্ত্তী ইপিথিলিয়াল স্তরের নীচেই সমস্ত কর্ণিয়ায়

সমভাবে অন্য জালবৎ ব্যাপ্ত আছে। কঞ্জংটাইভার নীচেও এই নার্ভ সকল এইরূপে ব্যাপ্ত থাকে ; এবং তথা হইতে তাহারা জালবৎ আকারে চক্ষুর উপবিভাগ পর্য্যন্ত ও ব্যাপ্ত থাকে। এই কারণেই কর্ণিয়া ঘৃষ্ট হইলে ও কর্ণিয়ার ক্ষতাদিতে বাহ্য বায়ু লাগিলে, চক্ষুতে অপরিমিত যাতনা এবং আলোকে ভয় হয়।

কর্ণিয়াই চক্ষুর বাহ্য অবয়বের মধ্যে সর্ব্বশ্রেষ্ঠ অবয়ব। বাহ্য বলিয়া ইহা প্রায়ই ধূলি কুটা ও আঘাতাদি দ্বারা ক্ষত হয়। রোগাদিতে উহার স্বচ্ছতা বিনাশিত হয়; এবং উহার বক্রতারও তারতম্য ঘটে। সুতরাং দৃষ্টিপথবর্ত্তী বলিয়া উহার এই স্বচ্ছতা ও বক্রতার ব্যতিক্রমে দৃষ্টির বিলক্ষণ গোলযোগ ঘটে। উহাতে রক্তশিরাদি না থাকায় শারীরিক দুর্ব্বলতায় এবং রক্তাল্পতায় উহার পরিপোষণের ব্যাঘাত ঘটে; এবং ক্ষতাদি দ্বারা উহা বিনষ্ট হয়।

প্যানস (PANNUS)।

এই রোগে কর্ণিয়ার ঊর্দ্ধদিকের অর্দ্ধভাগ অথবা সমস্ত উপবিভাগ রক্তশিরা-সমাবেশনে সচরাচর সমভাবে এরূপ আবিল হয় যে, দেখিলে বোধ হয় যেন, উহা একখানি সূক্ষ্ম পাত বা বস্ত্র দ্বারা আবৃত রহিয়াছে। এইরূপ অস্বচ্ছতা কনেক্টিভ টিস্থ দ্বারা গঠিত। ইহাতে ইপিথিলিয়মের নিম্নে প্রকৃত কর্ণিয়ার উপবিভাগে বৃহৎ বৃহৎ ভঙ্গিম রক্তশিরা সকল পৃথক পৃথক স্পষ্ট দৃষ্টিগোচর হয়। এই রোগের সহিত কেরাটাইটিস রোগের আকৃতিগত এত প্রভেদ যে, দেখিলে ইহাকে কেরাটাইটিস রোগ বলিয়া ভ্রম হয় না।

লক্ষণ।—স্ক্লেরটিক ও কনজংটাইভার রক্তাধিক্য, অশ্রুনিঃসরণ, আলোকভীতি এবং চক্ষুতে বেদনা এই রোগের আনুসঙ্গিক লক্ষণ। অবস্থা-ভেদে এই সকল লক্ষণের ন্যূনাতিরেকও দেখা যায়। কর্ণিয়া ক্রমে ঘন ও উচ্চাবচ হইয়া উঠে; এবং রোগ যতই পুরাতন হইতে থাকে, ততই যাতনা ও রক্তাধিক্যের হ্রাস হইতে থাকে। কখন কখন কর্ণিয়ার গভীর স্তর পর্য্যন্ত পীড়িত হয়, এবং ক্ষত হইয়া কর্ণিয়া হয় ছিদ্রিত, নতুবা এণ্টেরিয়ার সাইনে-

কিম্বা কিম্বা ষ্ট্যাফিলোমা প্রভৃতি রোগের উৎপত্তি হইয়া থাকে। দীর্ঘকালস্থায়ী হইলে, কখন কখন চক্ষুর আভ্যন্তরীণ প্রতিচাপে কর্ণিয়া ক্রমশঃ পাতলা হইতে থাকে; এবং পরিশেষে প্রকৃত অবস্থাপেক্ষা বিলক্ষণ ন্যুব্জ হইয়া পড়ে। প্যানস রোগ আরোগ্য হইলেও এই ন্যুব্জতা প্রযুক্ত চক্ষুর দৃষ্টিদোষ কখন অপনীত করা যায় না।

কারণ।—গ্রানিউলার কঞ্জংটিভাইটিস রোগজ উচ্চাবচ অক্ষিপুটের ঘর্ষণে সচরাচর এই রোগ জন্মে। কিন্তু, তথাপি এরূপ ব্যতিক্রম দেখা যায় যে, যেখানে অধিক গ্রানিউল আছে এবং অতিরিক্ত ঘর্ষণও ঘটে, সেখানে অল্প প্যানস জন্মে এবং অপেক্ষাকৃত সামান্যস্থলে অধিক প্যানস জন্মে। ইহাতে বুঝা যায় যে, ঘর্ষণ ব্যতীত প্যানস রোগের অন্যান্য কারণও আছে। বোধ হয়, ভিন্ন ভিন্ন ব্যক্তির কর্ণিয়া ভিন্ন ভিন্ন রূপ ঘর্ষণ সহ্য করিতে পারে; অথবা এই প্রদাহ বা সংস্পর্শ পাতা হইতে কর্ণিয়ায় বিস্তৃত হয়। পিউরিউলেণ্ট বা ডিফথেরিটিক্ কঞ্জংটিভাইটিস্, ফ্লিক্টিনিউলার কর্ণিয়াইটিস্, ট্রাইকিয়েসিস্ অথবা এণ্ট্রোপিয়ন রোগে অথবা নিয়ত কোন উত্তেজক দ্রব্য-সংস্পর্শেও এই রোগ জন্মিয়া থাকে, সুতরাং চিকিৎসাসময়ে এই সকল কারণের প্রতি বিশেষ মনোনিবেশ করা কর্ত্তব্য। পুরাতন স্থল সকলে, যদিও কর্ণিয়ায় দীর্ঘকাল কোন পরিবর্ত্তন ঘটে না, তথাপি মধ্যে মধ্যে প্রবল প্রদাহ উপস্থিত হইয়া দৃষ্টি ও কর্ণিয়ার অবস্থা বিলক্ষণ মন্দ করে। কোন কোন স্থলে, উহা এত পুরু হয় যে, ঠিক কাঁচা মাংসের ন্যায় দেখায়; এবং তন্নিম্নবর্ত্তী কর্ণিয়া অদৃশ্য থাকে। কখন কখন ষ্ট্রুমস বা টিউবার্কিউলস নামে আর এক প্রকার প্যানস দেখা যায় এবং তাহা প্রায়ত বালকদিগের ঘটে। উহা ঊর্দ্ধ বিভাগ ভিন্ন কর্ণিয়ার অন্যান্য অংশেও জন্মে। কর্ণিয়ার সম্মুখবর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তরের নীচেও উহা বিস্তৃত হয়।

পরিণাম।—রোগ স্বল্পদিনের হইলে ও কর্ণিয়ার অল্পাংশমাত্র সামান্যরূপ আক্রান্ত হইলে, এই রোগ আরোগ্য হইতে পারে। অন্যান্য স্থলে, আরোগ্য হইলেও, কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতা ও ন্যুব্জতা এবং তারার অবরোধ প্রভৃতি অপকার-পরম্পরা বর্ত্তমান থাকে এবং আইরিডেক্টমী প্রভৃতি অস্ত্রসাধন আবশ্যক হয়।

চিকিৎসা।—যে যে কারণে এই রোগ উৎপন্ন হয়, অগ্রে সেই সেই কারণ অপনীত করিলে, এই রোগও উপশমিত হইতে পারে। ট্রাইকিয়েসিস অথবা এক্টোপিয়ন জনিত স্থলে, পক্ষ্ম উৎপাটন এবং পুটপ্রান্তকে স্বস্থানে প্রত্যানয়ন করিতে হয়। অক্ষিপুটের সঙ্কোচনজনিত স্থলে, কর্ণদিগস্থ অপাঙ্গ-সংযোগ চিরিয়া চক্ষুর আয়তন বৃদ্ধি ও অর্বিকিউলেরিজ পেশীর ক্ষমতা হ্রাস করিয়া দিতে হয়। গ্রানিউলার কঞ্জংটিভাইটিস জনিত স্থলের চিকিৎসা ইতিপূর্ব্বেই উক্ত হইয়াছে (৭৭ পৃষ্ঠা দেখ)। যাহাহউক, উৎপাদক কারণ অপনীত করিয়াও কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতা উপশমার্থে, প্রত্যহ একবার করিয়া কর্ণিয়ার উপরিভাগে সমপরিমাণ ট্যানিন্ এসিড ও আইডোফর্ম্ম ধূলিবৎ প্রদান করাই উত্তম চিকিৎসা। টিউবার্কল বিশিষ্ট রোগীর পক্ষে, কচের লিম্ফ পিচকারী করিলে বিশেষ উপকার পাওয়া যায়। মাত্রা অর্দ্ধ হইতে ১ মিলি-গ্রাম এবং কার্য্যকারিতা অনুসারে পুনঃপ্রয়োগ। ইহাতেও আরাম না হইলে, গ্যালভানো-কটারি প্রয়োগ ট্যানিন-আইডোফর্ম্ম প্রক্ষেপ, এবং ক্লেদবীজ স্পর্শন প্রভৃতি আবশ্যক হইয়া থাকে। ইয়েলো অয়েন্টমেণ্ট, ভাইনম ওপিয়াই, টার্পিন তৈল, ক্যালোমেল, সোডি সল্ফ, অথবা সলফেট্ অব কপার প্রভৃতি দ্বারাও ক্ষণিক প্রদাহ সমাবিষ্ট হইয়া কর্ণিয়ার এই আবিলতা তিরোহিত হইতে পারে। যাহাহউক, যাহাতে কর্ণিয়ার জীবনীশক্তি বিনাশিত না হয়, এরূপ সাবধানে চিকিৎসা করা উচিত। সামান্যরূপ স্থলে, বিশেষতঃ দুর্ব্বলব্যক্তিদিগের পক্ষে, ক্লেদবীজ সংস্পর্শ না করিয়া, প্রত্যহ প্রাতঃসন্ধ্যা দুইবার ক্রমাগত দুই ঘণ্টা কাল পর্য্যন্ত চক্ষুতে উত্তপ্ত কম্প্রেস সম্বদ্ধ করা বৈধ; এবং পূস পর্য্যুত্তেজিত হইলে, ক্লোরীন্ সলিউশন (লাইকর ক্লোরাই বি, পি,) প্রত্যহ তিন কিম্বা চারি বার করিয়া চক্ষুতে ফোটা ফোটা প্রদান করা উচিত। যাহাহউক, আইডোফর্ম্ম-ট্যানিক্ এসিডই এই রোগের সর্ব্বোৎকৃষ্ট ঔষধ।

পেরিটমী অস্ত্রসাধন।—ইথার প্রয়োগে রোগী অচেতন হইলে, ষ্টপ স্পেকুলম লাগাইয়া চক্ষু বিস্ফারিত করত সদন্ত ফর্সেপ্স দ্বারা এক ভাঁজ কঞ্জংটাইভা ধৃত করিয়া একখানি বক্র কাচি দ্বারা কর্ণিয়ার পরিধির নিকট কর্ণিয়ার চতুর্দ্দিকে কঞ্জংটাইভাকে চিরিয়া দিতে হয়। এক্ষণে, তথা হইতে ⅙ ইঞ্চি বিস্তৃত একখণ্ড কঞ্জংটাইভা স্ক্লেরটিক পর্য্যন্ত গম্ভীর করিয়া কাটিয়া

ফেলিতে হয়। অতঃপর পাতা মুদিত করিয়া কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ বাধিতে হয়। অতি গুরুতর স্থলে, এইরূপ অস্ত্র করিতে হয়। ক্লেদবীজ নাশক বা জেকিউরিটি লাগান অপেক্ষা এই অস্ত্রে কোন বিপদ্ নাই।

কেরাটাইটিস্ বা কর্ণিয়াইটিস্ (KERATITIS)

ডাক্তার অল্ট বলেন যে, প্যানস্ এবং প্যারাঙ্কাইমেটস ও ফ্লিক্টিনিউলার, আঘাত জনিত কোন কোন কেরাটাইটিস রোগকে ইনফিল্টেশন কেরাটাইটিস রোগ বলিয়া একশ্রেণী ভুক্ত করা উচিত। কর্ণিয়ার পশ্চাদ্বর্ত্তী স্তরে প্রদাহ জনিত এইরূপ রসানুপ্রবেশ হইলে, ইপিথিলিয়মের কোন পরিবর্ত্তন ঘটে না। কিন্তু, উপরের স্তরদ্বয়ে হইলে, ইপিথিলিয়মের পরিবর্ত্তন ঘটে, উহার স্বাভাবিক ঔজ্জ্বল্য ও মসৃণতা থাকে না এবং কিঞ্চিৎ পুরু হইয়া পড়ে। কর্ণিয়া-স্ক্লেরটিক টিসুতে এই রসানুপ্রবেশ হইলে, তাহা ইন্টারষ্টিশিয়াল কেরাটাইটিস রোগ বলিয়া বর্ণনা করা ভ্রম।

বালক, বৃদ্ধ ও যুবা, ধনী ও নির্ধন এবং স্ত্রী ও পুরুষ, মনুষ্যমাত্রেই এই রোগাক্রান্ত হইতে পারে। পরিপোষণ শক্তির অভাব ঘটিয়াই কর্ণিয়া প্রদাহিত হয়; সুতরাং কদর্য্যাহারী, কষ্টান্নভোজী, ক্লান্তিকর ও গুরুতর পরিশ্রমী অথবা অতি স্থূল ব্যক্তি এবং যাহারা দূষিত বায়ুচল স্থানে সতত বসবাস করে, তাহাদিগেরই এই রোগ হইতে দেখা যায়। বালক-বৃদ্ধ ব্যক্তিভেদ না করিয়া স্বতঃ উৎপন্ন হয় বলিয়া, এই রোগের প্রকৃত কারণ নির্দ্দেশ করা সহজ নহে। অপিচ, চক্ষুতে কোন পদার্থ পতিত হইয়াও কর্ণিয়া প্রদাহিত ও ক্ষতযুক্ত হইতে পারে।

লক্ষণ।—কর্ণিয়া প্রদাহিত হইলে, উহার চতুর্দ্দিকস্থ সমস্ত অথবা কিয়দংশ সিলিয়ারি প্রদেশ গোলাপী বর্ণে রঞ্জিত হয়, এবং সেই আরক্তিমতা তথা হইতে অক্ষিপুটের অভিমুখে ক্রমে ফিকে হইয়া, পরিশেষে স্ক্লেরটিকের শ্বেতবর্ণে মিলিয়া যায়। আইরাইটিস্ রোগেও ঠিক এবম্বিধ অবস্থা ঘটে। স্ক্লেরটিকের এই শিরাচক্রের নাম আর্থেরিটীক্ রিঙ্। উহা হইতে অসংখ্য ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র শিরা রক্তপূর্ণ হইয়া কর্ণিয়ার পরিধিভাগে প্রায়তঃ ঊর্দ্ধ ও অধোদিকে

বৃত্তাকারে গমন করে। কিন্তু, তাহারা প্যানস্ রোগের ন্যায় কর্ণিয়ার উপরিভাগ আবরণ করে না; স্তরাভিমুখেই প্রবেশ করে। চক্ষু উত্তেজিত ও আলোক অসহ্য বোধ হয়। কর্ণিয়া ক্রমে আবিল হইয়া পড়ে; সুতরাং দৃষ্টিরও বিলক্ষণ আবিলতা ঘটে। উভয় চক্ষুতে দৃষ্টির আবিলতা প্রযুক্ত এবং রোগের স্থায়ীকাল অতিদীর্ঘ বলিয়া, এই রোগ অতিশয় কষ্টদায়ক। রোগের প্রকোপ বৃদ্ধি হইলে, উক্ত লক্ষণাদির আধিক্য ঘটে। চক্ষু হইতে অতিরিক্ত অশ্রু নির্গত ও সমস্ত চক্ষু অধিকতর আরক্তিম হয়। কর্ণিয়ার উজ্জ্বলতা ও স্বচ্ছতা বিনষ্ট হইয়া, উহা ঘর্ষিত কাচখণ্ড অথবা মুখনিঃসৃত বাষ্পাকুল দর্পণের আকৃতি ধারণ করে। চক্ষু এবং চক্ষুর চতুষ্পার্শ্বে যাতনা বোধ হয় ও চক্ষু কর কর করিতে থাকে। কিন্তু, এই যাতনা ও আলোকভীতি সচরাচর অতিশয় ভয়ানক হয় না। কর্ণিয়ার চতুষ্পার্শ্ববর্ত্তী আরক্তিম শিরা সকল ক্রমে কর্ণিয়ার স্তরাভ্যন্তরে প্রবেশ করায়, তত্তৎস্থানও আরক্তিম হয়। কখন কখন কর্ণিয়ায় ইতস্ততঃ ঘন ও বন্ধুর শ্বেতবর্ণ দাগ জন্মে এবং কর্ণিয়া চক্ষুর আভ্যন্তরীণ প্রতিচাপে স্বাভাবিক অবস্থাপেক্ষা অধিকতর ন্যুব্জ হইয়া উঠে। কর্ণিয়ার পরিধিভাগেই সচরাচর রোগের আরম্ভ হইয়া, তথা হইতে ক্রমে যতদূর মধ্যভাগে আগমন করে, ততদূর পর্য্যন্ত কর্ণিয়া ঘোলা হইয়া পড়ে, অবশিষ্ট অংশ স্বচ্ছ থাকে, এবং প্রথমাক্রান্ত পরিধিভাগ ক্রমে স্বচ্ছ হয়। পার্শ্বে দীপালোক রাখিয়া অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রে পরীক্ষা করিলে, এই অস্বচ্ছতা সম্যক উপলব্ধি হয়।

পরিণাম।—যাহাহউক, এইরূপে বর্দ্ধমান হইয়া, পরিশেষে রোগ আরোগ্যমুখে ধাবিত হয়, এবং কিয়দ্দিবস পরে, এরূপে নিঃশেষ আরোগ্য হয় যে, রোগের চিহ্নমাত্রও অবশিষ্ট থাকে না। কর্ণিয়া স্বচ্ছ হয় এবং দৃষ্টির আবিলতা দূরীভূত হয়। উভয় চক্ষুতেই এই রোগ হইতে পারে; এবং কতিপয় সপ্তাহ হইতে চারি মাস পর্য্যন্ত এই রোগের স্থায়ীকাল। কিন্তু, কখন কখন পর্য্যায়ক্রমে ২ বৎসর পর্য্যন্ত এই রোগে কর্ণিয়া পুনঃপুনঃ পীড়িত হইয়া থাকে, এবং কোন কোন স্থলে, বিশেষত অযুক্ত ঔষধ প্রয়োগে, কর্ণিয়ার পরিধি অথবা কেন্দ্রস্থলে ক্ষত উৎপন্ন অথবা উহাতে পূয সমাবেশিত হইয়া, কিম্বা কর্ণিয়া পচিয়া যাইয়া, সম্পূর্ণ আরোগ্য হইবার অনেক বাধা প্রদান করে।

রোগোপশমনার্থে তাচ্ছীল্য করিলে, অথবা কষ্টিক প্রভৃতি অনুপযুক্ত ঔষধ প্রয়োগে চক্ষু উত্তেজিত হইলে, এই রোগে আইরিস ও সিলিয়ারি বডি প্রদাহিত হইতে পারে। কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতা প্রযুক্ত আইরিসের প্রকৃত অবস্থা জ্ঞাত হইতে না পারিলেও, চক্ষুর যাতনা বিশেষতঃ সিলিয়ারি প্রদেশ স্পর্শে যাতনার বৃদ্ধি, অতিরিক্ত আলোকভীতি, রক্তাধিক্য, অশ্রুনিঃসরণ ও শীঘ্র শীঘ্র দৃষ্টির হ্রাসতা দেখিয়া আমরা উক্ত বিপদ অনুমান করিয়া লই। এই রোগ কোরইড পর্য্যন্তও প্রধাবিত হইতে পারে; এবং তাদৃশ জটিল অবস্থায় রোগোপশম করা অতি কঠিন হইয়া উঠে।

কোন কোন স্থলে, কর্ণিয়া ও স্ক্লেরটিকের রক্তাধিক্য বিশেষ উপলব্ধি হয় না বটে, কিন্তু সমস্ত কর্ণিয়া বিরলভাবে অস্বচ্ছ এবং প্রবল আলোকভীতি হইয়া থাকে। এবম্বিধ স্থলে, আইরিসে প্রদাহ ও কর্ণিয়ায় ক্ষত হইবার সম্ভাবনা না থাকিলেও উহা আরোগ্য হইতে অধিক দিবস লাগে।

উপদংশ সম্ভূত কেরাটাইটিস্ (SYPHILITIC)।—এই রোগকে প্যারেঙ্কাইমেটস অথবা ডিফিউজ বা ইণ্টারষ্টিশিয়াল কেরাটাইটিস রোগ বলে; এবং উপদংশ রোগাক্রান্ত পিতামাতার ৭ হইতে ২০ বৎসর বয়স্ক সন্তানের ঘটে। এই রোগাবস্থায় শরীরের অন্যান্য অঙ্গপ্রত্যঙ্গেও পৈত্রিক উপদংশ রোগের কোন না কোন চিহ্ন দেখিতে পাওয়া যায়। উপদংশ রোগাক্রান্ত পিতামাতার সন্তানসন্ততি উক্ত পৈত্রিক রোগেরও অধিকারী হয়, সুতরাং এই রোগনির্ণয়ে সন্দেহ উপস্থিত হইলে, রোগীর পারিবারিক ইতিহাস, পিতামাতা ও ভ্রাতা-ভগিনীর স্বাস্থ্য, পূর্ব্ববর্ত্তী পীড়ার বিশেষ বিবরণ এবং রোগীর আকৃতি ও মুখশ্রী এবং প্রকৃতি ও প্রবৃত্তিজ্ঞাপক মুখচিহ্নাদি অবগত হইয়া রোগনির্ণয় করিতে পারা যায়। ডাঃ হচিন্‌সন সাহেব বলেন যে "এবম্বিধ উপদংশ রোগজ কেরাটাইটিস্ ও আইরাইটিস রোগাক্রান্ত ব্যক্তিতে খস্‌খসে ও লোল গাত্রচর্ম্ম, ললাট ও মুখমণ্ডলে গহ্বর ও ক্ষত চিহ্ন, ওষ্ঠাধর সন্ধিস্থলে ক্ষত চিহ্ন, বধিরতা, উন্নত ললাট, ভ্রূদেশের সমীপবর্ত্তী নাসিকার প্রারম্ভভাগ এরূপ নিমজ্জিত যে, তাহাতে মুখখানি দেখিতে ঠিক হনুমান মটর অথবা বাঙ্গালা ৫ এই অঙ্কের ন্যায়, বিশেষতঃ স্থায়ী দন্ত উঠিলে, সম্মুখ-দন্তবীথিকার ঊর্দ্ধ দন্ত-গুলি ক্ষুদ্র, বিবর্ণ, গহ্বরিত, ক্ষয়িত, মোচার অগ্রভাগের ন্যায় সূক্ষ্মাগ্র, গদাকার,

অর্দ্ধগোলাকার অথবা ইতস্ততঃ দূরবন্যস্ত ও বিশৃঙ্খল ইত্যাদি পৈত্রিক উপদংশ রোগজ কোন না কোন চিহ্ন দেখিতে পাওয়া যায়।" অল্পবয়স্ক বালকদিগের বাল্যকালস্থায়ী দুধে দন্ত প্রায়ই বিকৃতাকার, বিশৃঙ্খল ও ক্ষয়িত থাকে, সুতরাং তাহা এবং প্রকৃতির করাল নিষ্পেষণে নিষ্পেষিত, দুরদৃষ্ট ও পুত্রকলত্রনাশ-শোকার্ত্ত ব্যক্তির মুখমণ্ডলাদি দেখিয়া পৈত্রিক উপদংশ রোগের অনুমান করা নিতান্ত দুঃসাধ্য। উপদংশ রোগাক্রান্ত পিতামাতার সন্ততি না হইয়া, কখন কখন ইংরাজী মতে টিকাগ্রহণ করিয়াও অনেক বালক এই উপদংশ বিষ গ্রহণ করিয়া থাকেন। হচিন্‌সন্ সাহেব আরো বলেন যে, কর্ণিয়া এই রোগে পীড়িত হইলে, আইরিস তৎসঙ্গে বা তৎপূর্ব্বে পীড়িত হইয়া থাকে, এবং ক্রমে কোরইডেও উপদংশ রোগজ পরিবর্ত্তন ঘটিতে পারে।

লক্ষণ।—সিলিয়ারী প্রদেশে রক্তাধিক্য এবং অশ্রুনিঃসরণ এই রোগের প্রথম লক্ষণ। পরে কর্ণিয়ার মধ্যস্থলে ২।১টী সূক্ষ্ম শ্বেতবর্ণ দাগ প্রকাশিত হইয়া এই রোগের আরম্ভ হয়। ক্রমে, সেই দাগ বহুল ও পরস্পর মিলিত হইয়া পরিধিভাগ ব্যতীত সমস্ত কর্ণিয়াকে আবরণ করে ও তাহাতে কর্ণিয়ার উজ্জ্বলতা, মসৃণতা ও স্বচ্ছতা বিনাশিত হইয়া উহা ঘর্ষিত কাচখণ্ডের ন্যায় অথবা বাষ্পাকুল দর্পণের ন্যায় দেখায়। কিন্তু, স্থানে স্থানে এই আবিলতার তারতম্যও ঘটে। উহা কখন কখন কোন কোন স্থানে এত অধিক ঘন হয় যে, তন্মধ্য দিয়া আইরিস দেখা যায় না, এবং তদ্বিধ স্থলে, স্ক্লাইরাইটিস এবং সাইনেকিয়াও হয়। আলোকভীতি, চক্ষু ও ভ্রূদেশে বেদনা এবং কর্ণিয়ার পরিধিপার্শ্বস্থ স্ক্লেরটিকের রক্তাধিক্য, এই রোগে তাদৃশ প্রবল হইতে দেখা যায় না। যাহাহউক, কিছুদিন পরে এই আবিলতা কোন প্রকার চিকিৎসা না করিয়া অদৃশ্য হয় বটে, কিন্তু কর্ণিয়া পূর্ব্ববৎ স্বচ্ছ প্রায়ই হয় না; মধ্যে মধ্যে অতি পাতলা অস্বচ্ছতা বর্ত্তমান থাকে এবং অবস্থান ও বিস্তার অনুসারে রোগীর দৃষ্টিরও আবিলতা ঘটায়। তিন চারি মাসের মধ্যেই অপর চক্ষুটীও এইরূপ রোগাক্রান্ত হয়; সুতরাং চিকিৎসা সময়ে উভয় চক্ষু আরোগ্য হইতে সচরাচর একাধিক বৎসর কাল অপেক্ষা করিতে হয়। যাহাহউক, এই রোগে কর্ণিয়ায় সচরাচর কোন ক্ষত বা পূয হইতে দেখা যায় না; এবং একবার আরোগ্য হইলেও পুনঃপ্রত্যাবর্ত্তন করিতে পারে। কিন্তু উপযুক্ত চিকিৎসায় নির্দ্দোষে

স্থায়ী আরোগ্যে হইয়া থাকে। টিউবার্কল বিশিষ্ট বালকের এই রোগ হইলে, উত্তেজনা ও আলোকভীতি অত্যন্ত অধিক হয়। সুতরাং কচেজ লিম্ফ পিচকারী করিবার পূর্ব্বে এই রোগ টিউবার্কল প্রযুক্ত ও উপদংশ প্রযুক্ত কত দূর আক্রান্ত হইয়াছে তাহা অনুমান করা দুঃসাধ্য। যাহাহউক, এই ঔষধ ব্যবহারে ঘন অস্বচ্ছতাও অপনীত হইয়া যায়।

ষ্ট্রুমস্ কর্ণিয়াইটিস্ (Strumous)।—এই রোগে সাধারণ কর্ণিয়াইটিস্ রোগের সমস্ত লক্ষণ দেখা যায়। কিন্তু, তন্মধ্যে, আলোকভীতি ও অশ্রুনিঃসরণের প্রবলতা ঘটে; এবং সত্বর কর্ণিয়ায় ক্ষত হইতে পারে। এই রোগগ্রস্ত বালকের ষ্ট্রুমা রোগের তাবৎ লক্ষণাদিও বর্ত্তমান থাকে। যাহাহউক, উভয় চক্ষুতে এই রোগ হইতে পারে; এবং ইহা অতি দুর্দ্ধর্ষ ও দীর্ঘকালস্থায়ী।

চিকিৎসা।—এই সকল কেরাটাইটিস্ রোগ দীর্ঘকালব্যাপী এবং স্বয়ং আরোগ্যমুখে ধাবিত হয়, ইহা স্মরণ রাখিয়া, যাহাতে অন্য কোন উপসর্গ না ঘটিয়া আস্তে আস্তে আরোগ্য হইতে পারে, এরূপ ঔষধাদি প্রয়োগ করিয়া, ক্রমে আরোগ্যকাল প্রতীক্ষা করাই এই রোগের চিকিৎসা। সত্বর আরোগ্য করিবার চেষ্টায় উগ্র ঔষধাদি, বিশেষতঃ ষ্ট্যাষ্টিঞ্জেণ্ট ঔষধাদি প্রয়োগে, এই রোগ অধিকতর প্রকুপিত, কর্ণিয়ায় ক্ষত, আইরিস ও সিলিয়ারি বডিতে প্রদাহ প্রভৃতি নানা উপসর্গ ঘটিতে পারে। যাহাহউক, চিকিৎসার প্রথমেই, বায়ু, ধূলি, ধূম ও আলোক হইতে চক্ষুকে রক্ষা করিবার ব্যবস্থা দিয়া, যাহাতে কোষ্ঠ পরিষ্কার থাকে, তদ্বিধান করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। চা খাইবার চামচের এক চামচ গ্লীসারিণ শীতল জল ও ২।১ ফোটা লেবুর রসের সহিত প্রাতঃসন্ধ্যা সেবন করা, অথবা ১ গ্রেণ হাইড্রার্জ কম ক্রিটা ও ২ গ্রেণ পল্‌ভ রিয়াই একত্রে বটিকা করিয়া প্রত্যহ ২।৩টী বটিকা সেবন করা বৈধ। রোগ প্রবলতর হইলে এবং অতিশয় আলোকভীতি থাকিলে, কিছু দিবস স্যালাইন মিশ্চার (১১৪, ১০১ ব্য) সেবন করা উচিত। এই সময়ে রোগীর স্বাস্থ্যের প্রতি যথেষ্ট মনোযোগ দিতে হয়। রোগী প্রায়ই দুর্ব্বল বালক বলিয়া, বিশুদ্ধ দুগ্ধ, ঘৃত, মাংস ও সদ্যপ্রসূত ডিম্ব প্রভৃতি সহজে পরিপাক হয়, এরূপ উত্তম অথচ অনপকারক ও বলকর খাদ্য, বিশুদ্ধ বায়ুসেবন, পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নভাবে বাস, নিয়মিত ব্যায়াম এবং তৎসঙ্গে কুইনাইন, ফেরি সাইট্রেট অব কুইনাইন,

সিরপ ফেরি আইওডাইড, টিং ষ্টীল ও কড-লিভার অয়েল্ প্রভৃতি বলকারক ঔষধ এবং পোর্ট মদ প্রভৃতি ষ্টিমুলাণ্ট ঔষধের ব্যবস্থা দেওয়া আবশ্যক। রোগীর ধাতু, স্বাস্থ্য ও বয়স বিবেচনা করিয়া, এই সকল ঔষধের পরিমাণ, বিধি ও নিষেধ ব্যবস্থিত হইয়া থাকে।

আলোকভীতি নিবারণার্থে বস্ত্র দ্বারা চক্ষু একেবারে আবদ্ধ না রাখিয়া, প্রয়োজনমতে নীলবর্ণের বৃহৎ ও বক্র চসমা অথবা পর্দা দ্বারা চক্ষু ঢাকিয়া রাখিতে পারা যায়। কিন্তু, য়্যাকিউয়স্ অতিরিক্ত সঞ্চিত হইলে এবং আইরিস বহিঃসৃত হইবার সম্ভাবনা থাকিলে, প্যাড় ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষু একেবারেই আবদ্ধ রাখা এবং প্রয়োজনমতে রাত্রিকালে খুলিয়া রাখা উচিত। এই আলোকভীতির নিমিত্ত, অক্ষিপুট ও ভ্রূদেশোপরি বেলেডোনা প্রলেপন এবং চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন ও কোকেন লোশন (৩৪, ৩৭, ৩৯, ৪০, ৮১ ব্য) প্রত্যহ দুই তিন বার ফোটা ফোটা ব্যবহৃত হয়। চক্ষুতে অতিরিক্ত বেদনা ও উত্তেজনা থাকিলে, স্পঞ্জ দ্বারা মুদিত পুটোপরি বেলেডোনার সেঁক (১৬৫ ব্য), শীতল জল সুখস্পর্শ হইলে, চক্ষুতে মুহুর্মুহু শীতল জলের ছিটা দেওয়া, অথবা মুদিত পুটোপরি শীতল জল অথবা বেলেডোনা লোশনের পটি ব্যবহার এবং ঐ পটি উষ্ণ বোধ হইলে, তাহা মুহুর্মুহু পরিবর্ত্তন করা ব্যবস্থাসিদ্ধ। বালকদিগের পক্ষে, য়্যাট্রোপীন ব্যবহার কষ্টকর হইলে, প্রাতঃসন্ধ্যা ভ্রূদেশে কম্পাউণ্ড বেলেডোনা অয়েণ্টমেণ্ট (৮১ ব্য) অথবা বেলেডোনা লিনিমেণ্ট (১৫৬ ব্য) ম্রক্ষণ করা উচিত। ঘন অস্বচ্ছতা নিবারণার্থে কচেজ লিক্ষ পিচকারী করা হইয়া থাকে; এবং চক্ষুর বিতান বৃদ্ধি বা ন্যুব্জতার বৃদ্ধি হইলে, এসারীণ লোশনে (৪৯ ব্য) বিশেষ উপকার দর্শে। বেদনা, আলোকভীতি ও অশ্রানিঃসরণ অতিরিক্ত হইলে, এবং রাত্রিকালে নিদ্রার ব্যাঘাত হইতে থাকিলে, শয়ন সময়ে অথবা আবশ্যক হইলে, প্রতিদিন ৩।৪ বার আফিঙ্গ বা মর্ফিয়া সেবন করা উচিত। কিন্তু, আফিঙ্গ সেবন জন্য যাহাতে কোষ্ঠবদ্ধ না হয়, একপ সাবধান হওয়াও উচিত। সেবনীয় ঔষধের সহিত অল্প মাত্রায় লাইকর মর্ফিয়া হাইড্রোক্লোর, টিং ক্যানাবিস্ অথবা টিং হায়োসায়েমস্ অথবা টিং বেলেডোনা সেবন করা যাইতে পারে। ২।৩ বৎসর বয়স্ক বালকদিগের পক্ষে, শয়নসময়ে ১ গ্রেণ ডোভার্স পাউডারের সহিত

২ গ্রেণ নাইট্রেট অব পোটাস সেবনের ব্যবস্থা দিলে, সচরাচর উত্তেজনা ও নিদ্রাবাহিত্য অপনীত হইয়া যায়।

ষ্ট্রুমস্ বালকদিগের পক্ষে, কড্-লিভার অয়েল, সিরপ আইওডাইড অব আয়রণ, অথবা সিরপ ফেরি হাইপোফস্ফেটিস, সিরপ ফেরি ডায়েলিসেটস (১৫।৩০ মিনিম) বিশেষ উপকারক। কিন্তু, গাত্র উষ্ণ ও জিহ্বা লেপযুক্ত থাকিলে, আয়রণঘটিত কোন ঔষধ ব্যবহার করা উচিত হয় না। অপিচ, প্রবলতর অবস্থা অতিক্রান্ত হইলে, অথবা আলোকভীতি ও উত্তেজনা দীর্ঘকাল স্থায়ী থাকিলে, বায়ুপরিবর্ত্তন, সমুদ্রগমন এবং দেশভ্রমণে বিশেষ সুবিধা হইয়া থাকে।

উপদংশজনিতস্থলে, পারদঘটিত ঔষধ অর্থাৎ প্রত্যহ আহারান্তে ধাতু ও বয়সানুযায়িক মাত্রায় বাইক্লোরাইড অব মার্কিরি এবং সিঙ্কোনার সহিত আইওডাইড ও ব্রোমাইড অব্ পোটাসিয়ম বা কম্পাউণ্ড ষ্টিলিঙ্গিয়া মিক্শ্চার (১১৬, ১১৭, ১১৮, ১১৯, ১২২, ১০৪, ব্য) অথবা প্রত্যহ তিনবার ১০ হইতে ২০ মিনিম মাত্রায় ডনোভ্যান্স্ সলিউশন ১ ঔন্স জলে দীর্ঘকাল সেবন করিলে, বিশেষ উপকার দর্শে। প্রতিরাত্রে অথবা প্রতিসপ্তাহে ২বার করিয়া কিঞ্চিৎ পারদঘটিত মলম কর্ণপশ্চাতে, উরুদেশে অথবা বাহুমূলে অন্ততঃ ২০ মিনিট কাল ঘর্ষিত করাও বিধেয়। পারদঘটিত মলম ঘর্ষিত করিতে হইলে, চর্ম্মনির্ম্মিত দস্তানায় আবৃত অঙ্গুলি দ্বারা তাহা ঘর্ষণ করা শ্রেয়ঃ। বালকদিগের পক্ষে, মার্কিরি সেবন করা অপেক্ষা গাত্রলগ্ন করাই বৈধ। কিন্তু যুবা, সুস্থ ও বলবান ব্যক্তির পক্ষে, চক্ষুর পীড়া আরোগ্য হউক আর নাই হউক, ক্রমাগত কিছু-কাল পারদ ব্যবহার করা উচিত।

পারদ ব্যবহারে, যাহাতে রোগীর মুখ হইতে পারদজনিত লালা নিঃসৃত না হয়, এরূপ সাবধান হওয়া অত্যাবশ্যক, সুতরাং তন্নিমিত্ত দন্তমূল কোমল, রক্তবর্ণ ও বেদনাপ্রদ হইলেই মার্কিরি ব্যবহার স্থগিত রাখা উচিত; এবং দন্তমূলের তাদৃশ অবস্থা আরোগ্য করিতে বোরাসিক-ক্লোরেট অব পোটাস বা র‍্যাটেনি ও মার লোশনে (৬৩, ৬৪ ব্য) কুল্লি করিতে এবং দন্তমূলে ক্রোমিক এসিড লোশন (৬৫ বা) লাগাইতে হয়। এই সময়ে, বিশেষত কর্ণিয়ার অবস্থা বিলক্ষণ ভাল হইলে, বাইক্লোরাইড অব মার্কিরির পরিবর্ত্তে, সিরপ

আইওডাইড অব আয়রণ প্রভৃতি বলকর ঔষধের ব্যবস্থা দেওয়া উচিত। রুগ্ন বালকদিগের পক্ষে, মার্কবির পরিবর্ত্তে কড্-লিভার অয়েল, বিশেষত সিরপ ফেরি আইওডিডের সহিত গ্লীসারিণ মিশ্রিত করিয়া অথবা ফেলোজ সিরপ ও প্যারিশেজ কেমিক্যাল ফুড (১৮০ ব্য) প্রত্যহ দুই বার সেবনের অনুমতি দেওয়া যাইতে পারে; এবং সাধারণ মাত্রায় হাইড্রার্জ কম ক্রিটা, কুইনাইন ও সোডার সহিত ব্যবহার করিতে বলা যায়।

প্রত্যুত্তেজনা দ্বারাও এই রোগের মহৎ উপকার সাধিত হইয়া থাকে। এই নিমিত্ত, অতিসাবধানে ভ্রূদেশে ও ঊর্দ্ধ পুটচর্ম্মে টিং আইওডীন অতি পাতলা-ভাবে চিত্রিত হইয়া থাকে। সাবধান না হইলে, টিং আইওডীন চক্ষুর মধ্যে সহসা প্রবিষ্ট হইয়া অত্যন্ত অনিষ্ট উৎপাদন করিতে পারে। নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভার পেন্সিল জলমগ্ন করিয়া ঊর্দ্ধ পুটচর্ম্মে ২।৩ বার চালিত করিয়া লইলে, অথবা উহার উগ্র লোশন (৬২ ব্য) তথায় প্রলেপিত করিলে, বিশেষত অত্যন্ত আলোকভীতি থাকিলে, তদ্দারা বিশেষ উপকার দর্শে। অসাবধানতায় অত্যন্ত কষ্টিক স্পৃষ্ট হইয়া পুটচর্ম্মে ফোস্কা পড়ে; এবং সেই স্থানে ক্ষত হইয়া সাতিশয় বেদনা ও কষ্ট প্রদান করে। এই দুই ঔষধে উপকার বোধ হইলে, ৫।৭ দিবস অন্তর তাহা এক এক বার ব্যবহার করা উচিত।

রগ কুঁড়িলে (Issue) বা তথায় ৫।৭ দিবস অন্তর অল্প হাইড্রার্জ বিন আইওডাইড (৭১ ব্য) অথবা এম্‌প্লাষ্টার ক্যান্থারাইডিসের প্লাষ্টার লগ্ন করিলে, সেই প্রত্যুত্তেজনা দ্বারাও এই রোগে বিলক্ষণ উপকার হইতে দেখা যায়। রগ ফুঁড়িতে হইলে, তত্রত্য কিয়দংশ চর্ম্ম দুইটী অঙ্গুলি দ্বারা ধৃত ও উত্তোলিত করিয়া, সেই ভাঁজের মধ্যে একটী নিড্‌ল বিদ্ধ করত নিড্‌লের পরিহিত রেসমে গ্রন্থি দিয়া ৩।৪ সপ্তাহ পর্য্যন্ত বিদ্ধস্থান ক্লেদযুক্ত হইতে দেওয়া আবশ্যক।

কোন পদার্থ চক্ষুতে পতিত বা প্রবিষ্ট হইয়া এই রোগ আনয়ন করিলে, অগ্রে সেই পদার্থ চক্ষু হইতে বহিষ্কৃত করিয়া, পরে চক্ষুর অবস্থা বুঝিয়া য়্যাট্রোপীন, বোরাসিক এসিড, শীতল জলের পটি, অথবা সুইট অয়েল প্রভৃতি ব্যবহৃত হইয়া থাকে।

কেরাটাইটিস্ পংটেটা। (KERATITIS PUNCTATA)

এই রোগকে ডেসিমেটাইটিস ও ডটেড কেরাটাইটিস রোগও বলে। কিন্তু, বাস্তবিক ইহা কেরাটাইটিস নহে। যাহাহউক, সচরাচর এই রোগ হইতে দেখা যায় না। এই রোগে কর্ণিয়ার পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তরে কতকগুলি ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র শ্বেতবর্ণ বিন্দু বিন্দু দাগ দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে। সাধারণত এই দাগ গুলি ত্রিভুজাকারে দৃষ্টিগোচর হয়। এই ত্রিভুজের শীর্ষ কোণ কর্ণিয়ার কেন্দ্র স্থানে থাকে এবং ভূমি নিম্ন দিকে থাকে। কখন কখন এই দাগে সমস্ত কর্ণিয়া আচ্ছাদিত হইয়া দৃষ্টির ব্যাঘাত ঘটায়; এবং তদ্দ্বারা কখন কখন য্যাকিউয়স অল্প বা অধিক পরিমাণে ঘোলা হয় এবং আইরিস্‌কেও পীড়িত করে। আইরাইটিস ও সিক্লাইটিস্ প্রভৃতি রোগজ যাতনা ও আলোকভীতি প্রভৃতি উপসর্গের আধিক্য না হইলে, এই রোগে চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি অথবা কর্ণিয়ার স্বচ্ছতার বৃদ্ধি হয় না। কর্ণিয়ার চতুষ্পার্শ্ব-বর্ত্তী স্ক্লেরটিক ও কনজংটাইভার আরক্তিম অবস্থা এই রোগের আনুষঙ্গিক লক্ষণ। বালক এবং উপদংশ ও বাতধাতুবিশিষ্ট ব্যক্তিরাই এই রোগ ভোগ করে। ইহাতে উভয় চক্ষু আক্রান্ত হইতে পারে, এবং কোন উপসর্গ উপস্থিত না হইলেও এই রোগ আরোগ্য হইতে অধিক দিবস লাগে। সিরস সিক্লাইটিস (পরে দেখ) প্রভৃতি চক্ষুর ইউভিয়াল ট্র্যাক্টের এবং কর্ণিয়া ও ভিট্রিয়সের কোন না কোন অবয়বের পীড়ায় এই রোগ সঞ্চারিত হইয়া জন্মে।

লক্ষণ।—প্রথমাবস্থায় চক্ষুতে অল্প বেদনা এবং দৃষ্টির সামান্য ব্যাঘাত ঘটে। কর্ণিয়া বেষ্টন করিয়া রক্তশিরা সকলের আরক্তিমতা এবং অল্প বিস্তর কঞ্জংটাইভার আরক্তিমতাও ঘটে। আলোক পার্শ্বে রাখিয়া চক্ষু পরীক্ষা করিলে, এই অস্বচ্ছতা স্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায়। য্যাকউয়স ঘোলা এবং তদুপরি অপকৃষ্ট ইপিথিলিয়মের অংশ সকল ভাসমান দেখা যায়। চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি, সিলিয়ারি বেদনা, আলোকভীতি, ক্ষীণ প্রসারক ঔষধে অথবা আলোকান্ধকারে আইরিসের সঙ্কোচনপ্রসারণে অক্ষমতা প্রভৃতি চক্ষুর অভ্যন্তরস্থ অবয়বের পীড়ার লক্ষণ সকলও উদিত হয়।

ভাবিফল।—এই রোগের গতি অতি কুফলপ্রদ। আরোগ্য হইলেও তাহা, অভ্যন্তরস্থ অবয়বাদি বিশেষ পীড়িত না হইলে, বহুদিবসে হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—পার্শ্বে আলোক রাখিয়া চক্ষুপরীক্ষায় এই রোগ স্থিরীকৃত হইলে, রোগের কারণ ও উপসর্গাদি বিবেচনা করিয়া আইরাইটিস এবং আইরিডো-সিক্লাইটিস রোগের ন্যায় চিকিৎসা করিতে হয়। রগে পর্য্যায়-প্রদত্ত ব্লিষ্টার এই রোগের মহৌষধ।

ফ্লিক্টিনিউলার কেরাটাইটিস্ (PHLYCTENULAR)

এই রোগকে সচরাচর কর্ণিয়ার হার্পিজ রোগ অথবা কখন কখন স্ক্রফুলস কেরাটাইটিস রোগ বলে। বাস্তবিক, এই রোগ সচরাচর ফ্লিক্টিনিউলার কনজংটিভাইটিস্ রোগের সহিত আবির্ভূত হইয়া থাকে। ইহারা উভয়েই একই বিধ রোগ। এই রোগ সচরাচর ৬ বৎসর হইতে ১৬ বৎসর বয়স্ক অনেক বালকেরই হইতে দেখা যায়, এবং প্রায়তঃ উভয় চক্ষুই পীড়িত হইয়া থাকে।

ফ্লিক্টিনিউলার কনজংটিভাইটিসের ন্যায় এই রোগেও প্রথমে অক্ষিপুটে গরম বোধ হয় ও তাহা চুলকাইতে থাকে, এবং কর্ণিয়ায় ভেসিকেল সকল উদিত হয়। পরে, কনজংটাইভার রক্তাধিক্য, অশ্রুনিঃসরণ, আলোকভীতি এবং চক্ষুতে বেদনা প্রভৃতি লক্ষণ আবির্ভূত হয়। কিন্তু, আলোকভীতি ও তজ্জন্য সর্ব্বদা পুটমুদ্রণ এবং সিলিয়ারি প্রদেশে বেদনা, কনজংটাইভার রোগাপেক্ষা এই রোগে অধিকতর হইতে দেখা যায়, সুতরাং রোগী চক্ষু আবৃত রাখিতে ও অন্ধকারে থাকিতে ভাল বাসে। এমত কি, গুরুতর স্থলে চক্ষুতে আলোক স্পৃষ্ট হইলেই তৎক্ষণাৎ হাঁচি উপস্থিত হয়। চক্ষুতে আলোক স্পৃষ্ট হইলে, সেই আলোক রেটিনা, অপ্টিক নার্ভ ও ৫ম স্নায়ু সহ্য করিতে না পারায়, পোর্টিও ডিউরা দ্বারা অর্বিকিউলেরিজ পেশীতে উপনীত হয়; এবং পুনঃপুনঃ পুট-মুদ্রণ ঘটায় ও হাঁচি করায়। এই সমস্ত কারণে পাতা খুলিয়া চক্ষু পরীক্ষা করা অতি দুরূহ হইয়া পড়ে। কর্ণিয়ার পরিধিভাগে অথবা ইতস্ততঃ উপরিভাগে কতকগুলি ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র পষ্টিউল উদিত হয় এবং তদুৎ

স্থানেই রক্তাধিক্য থাকে। এই সকল পষ্টিউল ফাটিয়া তন্মধ্য হইতে রস নির্গত হইলে অথবা রস শোষিত হইলে, তত্তৎস্থানে ক্ষত হয়; এবং সেই ক্ষত প্রযুক্তই নার্ভের শেষ শাখা সমস্ত অনাবৃত থাকিয়া অতিরিক্ত আলোক-ভীতি জন্মাইয়া দেয়। আরোগ্য হইলে, এই ক্ষতের কোন চিহ্নও অবশিষ্ট থাকে না। কর্ণিয়ার চতুর্দ্দিকস্থ স্ক্লেরটিকের উজ্জ্বল গোলাপীবর্ণ শিরাচক্রও এই রোগের একটী লক্ষণ।

দুর্ব্বল ও দরিদ্র বালকদিগেরই এই রোগ জন্মে; এবং যে সকল কারণে কনজংটাইভায় এই রোগ জন্মে, সেই সকল কারণে কর্ণিয়াতেও এই রোগ জন্মিয়া থাকে। আরোগ্য সময়েও এই রোগ প্রবলরূপে প্রত্যাবৃত্ত হইতে পারে। কখন কখন নিশ্বাস-প্রশ্বাস যন্ত্রে সামান্য শ্লেষ্মা বোধ হইলে এবং বাতশ্লেষ্মবিকার রোগান্তেও কর্ণিয়ায় এই হার্পিজ রোগ জন্মে। কর্ণিয়ায় এই রোগ হইলে, কর্ণ, গণ্ড, ওষ্ঠাধর অথবা নাসারন্ধ্রেও একজিমা, হার্পিজ অথবা ক্ষত প্রভৃতি রোগ হইতে দেখা যায়; এবং কোন কোন স্থলে গ্রীবার গ্ল্যাণ্ডও বিবর্দ্ধিত হয়। অতিরিক্ত অশ্রুনিঃসরণে কখন কখন চক্ষুর নাসিকাদিকস্থ কোণ ও নীচের পাতা হাজিয়া যায়। এবম্বিধস্থলে, এই পীড়া অতিশয় যন্ত্রণাদায়ক ও দীর্ঘকালস্থায়ী হয়, এবং সাপিউরেটিভ কেরাটাইটিস রোগে পরিবর্ত্তিত হইতে পারে।

চক্ষু পরীক্ষা করিবার পূর্ব্বেই আকৃতি ও ভাব দেখিয়া দূর হইতেই আমরা এবম্বিধ রোগ নির্ণয় করিতে সমর্থ হইয়া থাকি। কারণ, আলোকভীতি প্রযুক্ত রোগী হস্ত অথবা রুমাল দিয়া চক্ষু মুদিত করিয়া এবং মাথা হেঁট করিয়া আমাদের নিকট চিকিৎসার্থী হইয়া আইসে। বলপূর্ব্বক পাতা খুলিতে গেলে, তন্মধ্য দিয়া খানিক জল নির্গত হয়, অক্ষিগোলক উর্দ্ধদিকে উঠিয়া পড়ে ও রোগী পাতা মুদিত করিতে ভয়ানক চেষ্টা করে এবং কখন কখন হাঁচিতে থাকে।

চিকিৎসা।—রোগীর স্বাস্থ্য বৃদ্ধি করাই এই রোগ চিকিৎসার প্রধান অবলম্বন; এবং তজ্জন্য কড় লিভার অয়েল, আইওডাইড অব আয়রণ এবং তৎসঙ্গে সঙ্গে উত্তম পুষ্টিকর খাদ্য, পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতা ও বিশুদ্ধ বায়ুসেবন প্রভৃতির প্রয়োজন হইয়া থাকে। কনজংটাইভায় হইলে, যে যে উপায়ে এই

রোগ আরোগ্য হইয়া থাকে, কর্ণিয়াতেও ঠিক সেই সেই উপায় অবলম্বন করিতে হয়। যাহাহউক, চক্ষু উন্মিলন করিয়া অগ্রে পুটীয় কনজংটাইভা ও কর্ণিযার অবস্থা পরীক্ষা করা উচিত। কোকেন লোশনে (শতকর ৮ ভাগ) এই কষ্টকর কার্য্য সম্পন্ন না হইলে, ক্লোরোফর্ম্মের আবশ্যক হইলেও তদ্দ্বারা রোগীর কোন কষ্ট হয় না; অথচ চেতনা হইলে আলোকভীতির অনেক হ্রাস হয়।

চক্ষুর উত্তেজনা ও বিতানবৃদ্ধি নিবারণার্থে চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন-কোকেন লোশন (৪০ ব্য) প্রযোগ এবং ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষু আবদ্ধ রাখা সর্ব্বতোভাবে শ্রেয়ঃ। য়্যাট্রোপীন প্রযোগে কষ্টবোধ হইলে অথবা কিছুদিন প্রযোগে তদ্দ্বারা উত্তেজনার বৃদ্ধি হইলে তৎপরিবর্ত্তে ধাতুরীন বা ডিউবয়েসীন লোশন (৪৩, ৪৪ ব্য) অথবা বেলেডোনা লোশনে (৪১ ব্য) পটি ভিজাইয়া চক্ষু আর্দ্র রাখিতে হয়; এবং চক্ষুর ভিতরও ২।১ ফোটা নিক্ষেপ করিতে পারা যায়। য়্যাট্রোপীন প্রদানে চক্ষু বিলক্ষণ উত্তেজিত হইলে এবং পুটীয় কনজংটাইভায় গ্রানিউল জন্মিলে, কোন প্রকার প্রসারক ঔষধ ব্যবহার না করিয়া য়্যালম, বোরাক্স, বোরাসিক বা বাইক্লোরাইড লোশন (১৩, ২০, ২২, ১০ ব্য) ব্যবহার করা যাইতে পারে। নতুবা এই রোগে, নাইট্রেট অব সিলভার ব্যবহার করা কদাচ উচিত হয না। করিলে, তদ্দ্বারা পীড়া ভয়ানক প্রকুপিত হইযা আইরিসকেও প্রদাহিত করিতে পারে। ভ্রূ, ললাট এবং রগে একষ্ট্রাক্ট বেলেডোনা অয়েণ্টমেণ্ট বা বেলেডোনা-একোনাইট লিনিমেণ্ট (৮১, ৮৪, ১৫৬ ব্য) মর্দ্দিত করিলে বিশেষ উপকার পাওয়া যায। কিন্তু, তজ্জন্য মর্দ্দিত স্থানে ফুস্‌কুড়ি হইলে, তদ্ব্যবহার স্থগিত রাখা উচিত। চক্ষু এবং চক্ষুর পার্শ্বে বেদনা থাকিলে, বিশেষত চক্ষু অঙ্গুলিস্পর্শ সহ্য করিতে অক্ষম হইলে এবং দীর্ঘস্থায়ী দুর্দ্দম্যস্থলে, কর্ণিয়ায় রক্তশিরা-সমাবেশন হইলে, অথবা সাধারণতঃ এই রোগে, রগে ২।৩টী জোঁক, ব্লিষ্টার অথবা সিটন লাগাইয়া বিশেষ উপকার পাওয়া যায। বালকদিগের পক্ষে, ইম্‌প্লাষ্টার কাস্থারাইডিস্ অপেক্ষা ব্রাউন্স কাস্থারিডাইন অথবা ব্লিষ্টারিং টিস্যু উত্তম ও অল্প যন্ত্রণাদায়ক। কখন কখন অতিসাবধানে উর্দ্ধপুটচর্ম্মে টিং আইওডীন প্রলেপিত অথবা কষ্টিক্ পেন্সিল ঘর্ষিত করিয়াও এই অভিপ্রায় সাধিত হইযা থাকে। আলোকভীতি,

অশ্রুনিঃসরণ বিশেষত চক্ষুর মধ্যে গরম বোধ হইলে, অনবরত শীতল জলের পটি লাগাইয়া চক্ষু আর্দ্র রাখা উচিত। এই আলোকভীতি নিবারণার্থে ফ্লিক্টিনিউলার কনজংটিভাইটিস্ রোগে অন্যান্য ঔষধ লিখিত হইয়াছে; প্রয়োজনমতে তত্তৎ ঔষধ ব্যবহার করা যাইতে পারে। রোগারম্ভ সময়ে এবং রোগের প্রবলাবস্থায় যখন আলোকভীতি অতি প্রবল থাকে, তখন ১০।২০ মিনিম ভাইনম এণ্টিমোনিয়েল ৪ঘণ্টা অন্তর সেবন করিলে, বিশেষ উপকার দর্শে। আলোকভীতির সঙ্গে সঙ্গে সিলিয়ারি প্রদেশ উত্তেজিত থাকিলে, অল্প মাত্রায় টার্টার এমেটিক্ সেবনে উপকার দর্শিতে পারে। কিন্তু যদি ৪।৫ দিবসের মধ্যে এই দুই ঔষধে বিলক্ষণ উপকার বোধ না হয়, তবে উহা আর ব্যবহার করা কদাচ বৈধ নহে। বিশেষত, দীর্ঘকাল ব্যবহারে এই শেষোক্ত ঔষধে শরীর অতিশয় দুর্ব্বল হইবার আশঙ্কা আছে। এবম্বিধ-স্থলে, অতঃপর অল্প মাত্রায় টিং ওপিয়াই, টিং হায়েসায়েমস, সাকস্ কনাই, টিং বেলেডোনা, লাইকর মর্ফিয়া, টিং ক্যানাবিস্ ইণ্ডিকা প্রভৃতি ঔষধ দিবাভাগে কিয়ৎ সময় অন্তর অন্তর সেবন করা বৈধ। রোগীর শারীরিক অন্যান্য অবস্থা বুঝিয়া এই সকল ঔষধের সঙ্গে, বার্ক অথবা কোন প্রকার মিনেরেল এসিড অথবা অন্য কোন ঔষধ যোগ করিয়া ব্যবস্থা দিতে পারা যায়। ডিকক্সন বার্কের সহিত হাইড্রার্জ বাইক্লোরাইড মিকশ্চার প্রত্যহ দুইবার সেবন করিলে বিশেষ উপকার দর্শে। কোন প্রকার আয়রণঘটিত ঔষধ যদিও এবম্বিধ রোগে উপকারক, তথাপি রোগীর গাত্র উষ্ণ ও জিহ্বা লেপযুক্ত থাকিলে, তাহা ব্যবস্থিত হইতে পারে না। প্রাতঃসন্ধ্যা দুইবার শীতল জলের সহিত ১৫।২০ মিনিম সিরপ ফেরি আইওডিড অথবা হাইপো-ফস্ফেটিস্ সেবনে বলাধান হইয়া থাকে। আয়রণ ব্যবহারের প্রথমে অগ্রে প্রত্যহ দুইবার ২।১ গ্রেণ কুইনাইনের সঙ্গে কার্বনেট অব সোডা সেবন করা ও তৎসময়ে আইওডাইড অব আয়রণ সেবন করা উচিত। রোগী রক্তহীন হইলে, ২।৫ গ্রেণ মাত্রায় ফেরি কার্ব্ব সাকারেট সেবনের ব্যবস্থা দিতে পারা যায়।

কোষ্ঠ পরিষ্কার এবং ঘর্ম্মনির্গমন বিষয়ে যত্ন করিলে, চক্ষুর উত্তেজনা ও আলোকভীতি অনেকাংশে কমিয়া যায়। স্ক্রফুলা ধাতুবিশিষ্ট রোগীকে

শারীরিক স্বাস্থ্যবিধানার্থে কড্‌-লিভার অয়েল প্রভৃতি বলকারক ঔষধ ও পুষ্টিকর খাদ্যের ব্যবস্থা দিতে হয়। নিদ্রাবাহিত্য নিবারণার্থে রাত্রিকালে বয়সানুসারে ২।১০ গ্রেণ ডোভার্স পাউডারের সহিত ৫।১০ গ্রেণ নাইট্রেট অব পোটাস সেবন করা উচিত। অক্ষিপুটে এবং মুখমণ্ডলের অন্যান্য স্থানে একজিমা হইলে, বোরাক্স অথবা লেড লোশনে (৮, ২০ ব্য) তত্তৎস্থান আর্দ্র রাখা উচিত। একজিমার উপর অক্সাইড অব জিঙ্ক ছড়াইয়া দিলেও উপকার পাওয়া যায়। হস্তপদে বা অন্যান্য স্থানে একজিমা রোগ হইলে, আইওডাইড পোটাসিয়ম ও আর্সেনিক প্রভৃতি শারীরিক চিকিৎসার সঙ্গে সঙ্গে কেহ কেহ গাত্রে অলিয়ম ডিলীনি মাখাইয়া ১০।১৫ দিনের মধ্যেই সেই রোগ আরাম করেন। যাহাহউক, এই রোগে, বিশেষত ললাট ও মুখমণ্ডলে একজিমা জন্মিলে এবং নাসিকা হইতে শ্লেষ্মা নির্গত ও ওষ্ঠাধর স্ফীত হইলে, বয়স্ক ব্যক্তির পক্ষে, অধিক জলে আহারান্তে প্রত্যহ দুইবার লাইকর আর্সেনিকেলিজ ৩ হইতে ১০ মিনিম মাত্রায় সেবন করিলে বিশেষ উপকার হইতে দেখা যায়। বাস্তবিক, চর্ম্মরোগ আরোগ্য হওয়া ও চক্ষুর এবম্বিধ রোগ আরোগ্য হওয়া একই কথা।

এইরূপে প্রবল লক্ষণাদি অতিক্রান্ত হইয়া আরোগ্যমুখে ধাবিত হইলে, অথবা নিশ্বাসপ্রশ্বাস যন্ত্রে সর্দ্দি রোধ হইয়া এই রোগ উৎপন্ন হইলে, চক্ষুতে প্রত্যহ প্রাতে ক্যালোমেল ছড়াইয়া দিতে পারা যায়; এবং ২।৪ দিবস তাহা সহ্য করিতে পারিলে, অর্থাৎ তদ্ব্যবহারে চক্ষু পুনরুত্তেজিত না হইলে, ক্ষীণবল ইয়েলো অয়েণ্টমেণ্ট (৭৩ ব্য) প্রত্যহ প্রাতে ব্যবহার করা যাইতে পারে। ক্যালোমেল ব্যবহারে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র শিরা সকল ছিন্ন হইয়া চক্ষুর বেদনার বিশেষ শান্তি করে। যাহাহউক, এই দুই ঔষধ দ্বারা কর্ণিয়ার রোগাবশিষ্ট সামান্য শাদা দাগ কেবল তিরোহিত হয় এমত নহে, তদ্দ্বারা এই রোগ প্রত্যাবৃত্ত হইতেও পারে না।

হার্পিজ্‌ জষ্টার ফ্রণ্টেলিজ রোগের সঙ্গে সঙ্গে এই রোগ হইলে, তন্মধ্যে মর্ফিয়ার পিচকারি এবং তাড়িতাবহ দ্বারাই রোগীর কষ্টের উপশম করা যায়।

ফেসিকিউলার কেরাটাইটিস্ (FASCECULAR)

ফ্লিক্টিনিউলার রোগের লক্ষণাদির সহিত এই রোগে কর্ণিয়ার প্রান্ত-নিকটে দুই একটী ফ্লিক্টিনিউল বা ক্ষত হয় এবং তত্রত্য কনজংটাইভা স্ফীত বলিয়া বোধ হয়। এই স্থান দিয়া কঞ্জংটাইভার কতকগুলি রক্তশিরা কর্ণিয়ার উপরিভাগে আগমন করে; এবং তাহারা কর্ণিয়ার ঠিক মধ্যস্থলে আসিয়া একটী সঙ্কীর্ণ গুচ্ছাকারে পরিণত হয়। বোধ হয়, এই নিমিত্তই এই রোগের এবম্বিধ নামকরণ হইয়াছে। এই রক্তশিরা গুচ্ছে ভেইন্‌স ও আর্টারি উভয়ই থাকে। এই গুচ্ছের শিখরদেশে একটী পীতবর্ণ চিহ্ন দেখা যায় ও তাহা ক্রমে ক্ষত আকারে পরিণত হয়। কিন্তু, সেই ক্ষত গভীর অথবা তদ্দ্বারা কর্ণিয়া ছিদ্রিত হয় না। যাহাহউক, আরোগ্য হইলেও ক্ষতজনিত অস্বচ্ছতা বর্ত্তমান থাকিয়া দৃষ্টির ব্যাঘাত ঘটায়।

কারণ।—যে যে কারণে ফ্লিক্টিনিউলার রোগ জন্মে, সেই সেই কারণে দুর্ব্বল ব্যক্তিদিগের এই রোগ জন্মিতে পারে।

চিকিৎসা।—শারীরিক চিকিৎসার সঙ্গে সঙ্গে প্রবল উত্তেজনা নিবারণাশয়ে চক্ষুতে ঘ্যাট্রোপীন-কোকেন লোশন (৪০ ব্য) প্রদান, ললাট ও ভ্রূদেশে বেলেডোনা-গ্লীসারীণ প্রলেপন, কপোল ও কর্ণপশ্চাতে ব্লিষ্টার সংযোজন এবং অঙ্গুলিস্পর্শে চক্ষুতে যাতনা বোধ হইলে, রগে ২।১টী জোঁক লাগান প্রভৃতি ব্যবস্থিত হইয়া থাকে। গুরুতর স্থলে, অতিরিক্ত রক্তাধিক্য থাকিলে, কোকেন দিয়া চক্ষু অসাড় করত কর্ণিয়ার নিকটস্থ শিরাগুচ্ছকে এক খানি বক্র কাঁচি বা ক্ষুদ্র স্ক্যাল্পেল দ্বারা ছেদন করিয়া দিলে, কর্ণিয়ার উপরিস্থ উক্ত শিরাগুচ্ছ চুপ্সিয়া যায়। প্রবল উত্তেজনা বিলক্ষণ অপনীত হইলে, ক্যালোমেল অথবা পীতবর্ণ ইয়েলো অয়েণ্টমেণ্ট অথবা সেই মলমের সঙ্গে ঘ্যাট্রোপীন ও কোকেন মিলাইয়া ব্যবহার করা উচিত। প্রবল উত্তেজনা না থাকিলে, রোগারম্ভ হইতেই এই মলম ব্যবহার করা যাইতে পারে। কিন্তু সতর্ক হইয়া এই মলমের কার্য্যকারিতা দর্শন করিতে হয়। উহাতে চক্ষু উত্তেজিত হইলে, তৎপরিবর্ত্তে ২।৪ দিবসের জন্য ক্যালোমেল অথবা অন্য কোন ঔষধ প্রয়োগ করা উচিত। যাহাহউক, এই শেষোক্ত ঔষধদ্বয় ব্যবহার করিলে, রোগ প্রত্যাবৃত্ত হয় না। কখন কখন রগে সিটন বা ব্লিষ্টার ব্যবহার করিয়াও এই রোগ সত্বর নিঃশেষে আরোগ্য

হইয়াছে, অথচ পুনঃপ্রত্যাবৃত্ত হয় নাই। এই সকল উপায় ব্যর্থ হইলে, চক্ষু কোকেন দ্বারা অসাড় করত ক্ষত স্থানে ইলেক্ট্রিক কটারি বা বাতি কষ্টিক লাগান উচিত।

কর্ণিয়াপ্রান্ত প্রদাহ। (MARGINAL CORNEITIS)

এই মৃদুপ্রদাহ কর্ণিয়ার অতি প্রান্তভাগেই আরম্ভ হইয়া ক্রমে অত্যল্প দূর মাত্র কর্ণিয়াকে অতি মৃদুভাবে পীড়িত করে। কর্ণিয়ার অবশিষ্টাংশ বিলক্ষণ সুস্থাবস্থায় থাকে। মার্জিনাল ও ফেসিকিউলার কেরাটাইটিস প্রায় একই রোগ।

লক্ষণ।—আলোকভীতি এবং অশ্রুনিঃসরণ এই রোগেরও প্রাথমিক লক্ষণ। ক্রমে, চক্ষু অতিশয় কর কর করিতে থাকে। চক্ষু পরীক্ষা করিলে, কর্ণিয়ার প্রান্তসমীপে একটী আরক্তিম চিহ্ন দেখা যায় এবং তন্নিকটবর্ত্তী কর্ণিয়াপ্রান্ত স্ফীত ও নরম বোধ হয়। এইরূপে পরিধিভাগস্থ প্রায় তৃতীয়াংশ কর্ণিয়া এই রোগে প্রদাহিত হয়; অথবা কখন কখন এতদপেক্ষা অধিক দূর আবিল হইয়া চক্ষুর অভ্যন্তরে আলোক প্রবেশের বাধা প্রদান করে। কিন্তু কর্ণিয়ার অপরাংশে পীড়ার কোন চিহ্নই দেখা যায় না। কখন কখন এই প্রদাহিত স্থানে ফ্লিক্টিনিউলার রোগের ন্যায় হার্পিজ্ জন্মিয়া ২।১টী ক্ষত দেখা যায়। একবার আরোগ্য হইয়াও এই রোগ পুনরাগমন করিতে পারে; এবং যদিও কখন কখন রোগারম্ভ সময়ে অতি প্রবলরূপে আগমন করে, তথাপি তাহা আরোগ্য হইতেও অধিক দিবস লাগে এবং বিলক্ষণ কষ্ট প্রদান করে। অতিরিক্ত স্তন্যপ্রদানে শীর্ণকলেবরা এবং শ্বেতপ্রদর ও অতিরিক্ত রজঃস্রাব রোগাক্রান্তা স্ত্রীলোক এবং অতিশয় পরিশ্রমী, চিন্তিত ও দুর্ব্বল পুরুষেরাই এই রোগাক্রান্ত হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—আলোক এবং যাবতীয় কার্য্য হইতে চক্ষুকে বিশ্রাম দেওয়াই এই রোগের চিকিৎসা। অতিশয় আলোকভীতি থাকিলে, য়্যাট্রোপীন-কোকেন অথবা এসারীন-কোকেন বা ওপিয়ম লোশন (২৭, ৪০, ৪৭, ৫৯ ব্য) প্রতিদিবস ২।৩ বার ব্যবহার এবং মধ্যে মধ্যে শীতল জলে চক্ষু ধৌত করা বিধেয়। বেলেডোনা ও ব্যাণ্ডেজ ব্যবহার করা যাইতে পারে। স্থানপরিবর্তন, নিয়মিত ব্যায়াম, আয়রণ, ষ্ট্রীকনিয়া ও কুইনাইন প্রভৃতি বলকারক ঔষধ সেবন এবং পুষ্টিকর খাদ্য এই রোগে ব্যবস্থা করা যায়।

রিউম্যাটিক কেরাটাইটিস (RHEUMATIC)

বাত-রোগ-প্রযুক্ত শরীরের অন্যান্য স্থানের কনেক্টিভ টিসুর ন্যায় চক্ষুর কর্ণিয়া, স্ক্লেরটিক ও কঞ্জংটাইভায় বা আইরিসে রক্তাধিক্য হয়। প্রৌঢ় বয়সে সচরাচর বাতজনিত স্ক্লেরো-কেরাটাইটিস রোগ জন্মে। উভয় চক্ষু প্রায়ই যুগপৎ আক্রান্ত হয় না। এই রোগ যে কেবল বাতরোগাক্রান্ত ব্যক্তিদিগের ঘটে এমত নহে। যাহাদিগের কোন কালে কোন অঙ্গে বাত রোগ দেখা দেয় নাই, এমত ব্যক্তিদিগেরও এই রোগ হইতে পারে।

লক্ষণ।—আইরাইটিস রোগের ন্যায় কর্ণিয়ার চতুর্দ্দিকে স্ক্লেরটিকে গোলাপীবর্ণ শিরাচক্র এবং কঞ্জংটাইভার শিরা সকলের আরক্তিম অবস্থা এই রোগের প্রথম লক্ষণ। কিন্তু, কঞ্জংটিভাইটিস রোগের ন্যায় ক্লেদস্রাব থাকে না, অথবা চক্ষু কর কর করে না, যাতনায় চক্ষুর ভিতরে দব দব করিতে থাকে। এই যাতনা রাত্রিকালে বৃদ্ধি পায় এবং তাহা তদ্দিকস্থ রগ, গণ্ড, নাসাপ্রান্ত ও ললাট পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়, সুতরাং সেই সেই স্থানে অঙ্গুলি স্পর্শেও বেদনা অনুভূত হয়। চক্ষুর তারা সঙ্কুচিত হয়; কিন্তু আলোকান্ধকারে সঙ্কুচিত ও প্রসারিত এবং য়্যাট্রোপীন প্রয়োগে পূর্ণ প্রসারিত হয়। চক্ষুর বিতান বৃদ্ধি হয় এবং অঙ্গুলিচাপে বা চক্ষুকে ইতস্ততঃ ফিরাইতে যাতনা হয়।

দুই এক সপ্তাহ উপযুক্ত চিকিৎসা না হইলে, কর্ণিয়ার ইপিথিলিয়াল স্তর আবিল হইয়া পড়ে এবং স্ক্লেরটিকের আরক্তিম শিরাচক্র কর্ণিয়ার প্রান্তের উপর আসিয়া পড়ে। এই আবিলতা অতি পাতলা বলিয়া এবং অতিরিক্ত আলোকভীতি থাকায় এইরূপ কেরাটাইটিস অতি সামান্য রোগ বলিয়া উপেক্ষিত হয়। চক্ষু পরীক্ষা করিলেও এই অবস্থায় এই রোগকে আইরাইটিস রোগ বলিয়া ভ্রম হইতে পারে। কিন্ত তাহা না হইলেও ক্রমে আইরিস প্রদাহিত হইতে পারে; এবং তারা স্থির ও অসম্পূর্ণ গোলাকার হয়। প্রবল অবস্থা অতীত না হইলে এবং কর্ণিয়া পুনঃস্বচ্ছ না হইলে, সাইনেকিয়ার বিদ্যমানতা বুঝা যায় না।

রোগের বৃদ্ধি প্রযুক্ত ক্রমে কর্ণিয়ায় পাতলা ক্ষত হয়। কিন্তু, সেই ক্ষত প্রযুক্ত কর্ণিয়া ছিদ্রিত হয় না, অথবা এই রিউম্যাটিক স্ক্লেরো-কেরাটাইটিস রোগে কর্ণিয়ায় অভ্যন্তরে কখন পূয়-সংঘটন হইতে দেখা যায় না।

রোগের প্রথমাবস্থায় রোগী অল্প জ্বর বোধ করে। শয়ন সময়ে শরীরের উত্তাপ প্রায় ১০১ ডিগ্রি থাকে। জিহ্বা লেপযুক্ত এবং চক্ষুর যাতনায় নিদ্রার ব্যাঘাত হয়। ক্ষুধামান্দ্য, অরুচি ও বিমর্ষভাব প্রভৃতি এই রোগের দীর্ঘকাল স্থায়ীত্বের সঙ্গে সঙ্গে থাকে।

চিকিৎসা।—চক্ষুর বিতান বৃদ্ধি থাকিলে, য়্যাট্রোপীন ও কোকেন ব্যবহার করা উচিত নহে। করিলে, প্রবল গ্লকোমা রোগের লক্ষণাদি উপস্থিত হইয়া থাকে। এরূপ অবস্থায় প্রত্যহ দুইবার এসারীন বা পাইলোকার্পাইন লোশন (৪৯, ৫০ ব্য) ব্যবহার করা উচিত। চক্ষুর বিতান বৃদ্ধি না থাকিলেও সাবধান হইয়া য়্যাট্রোপীন ব্যবহার করিতে হয়। এরূপ অবস্থায়, বেলেডোনা লোশনে চক্ষুতে সেঁক দিলে বিশেষ উপকার দর্শে। এই সঙ্গে সঙ্গে দুই চারি মাত্রা ব্লু-পিল এবং কলার্ব দিয়া রোগীর কোষ্ঠ পরিষ্কার রাখিয়া প্রত্যহ ৬ঘণ্টা অন্তর কলচিসাই ও সোডা স্যালিসিলেট মিকশ্চার (১৭৬ ব্য) সেবন করা বৈধ। এই সঙ্গে সঙ্গে প্রত্যহ শয়ন সময়ে অর্দ্ধ গ্লাস জলে ২০ গেণ সোডা বাইকার্ব গুলিয়া সেবন করা উচিত। প্রবল লক্ষণ সকল অতীত হইলে ও সাইনেকিয়া জন্মিতে দেখিলে, আইরিডেক্টমী অস্ত্র সাধন না করিলে, পুনঃপুনঃ আইরাইটিস রোগে দৃষ্টি বিনষ্ট হইয়া যায়।

সপিউরেটিভ কেরাটাইটিস্। (SUPPURATIVE)

কর্ণিয়ার পচনশীল ক্ষত এবং স্ফোটক এই রোগের অন্তর্গত। প্রথমোক্ত স্থল (Diffuse) এবং শেষোক্ত স্থল সীমাবদ্ধ (circumscribed) নামে অভিহিত হইয়া থাকে। এই উভয় স্থলেই, অতিরিক্ত পূযস্রাবে কর্ণিয়ার সমস্ত অবয়ব অল্পবিস্তর বিনাশিত হইয়া থাকে।

চিকিৎসার সুবিধার নিমিত্ত এই রোগকে প্রদাহিত ও অপ্রদাহিত এই দুই ভাগে বিভক্ত করিয়া বর্ণনা করা যায়। শেষোক্ত স্থলে, পীড়া অতি সত্বর বৃদ্ধি প্রাপ্ত হয় এবং পূয জন্মিয়া কর্ণিয়ায় স্ফোটক হয় এবং তাহা শীঘ্র বিগলিত হইয়া পড়ে। সুতরাং এই উভয়বিধ শ্রেণীতে পরস্পর বিপরীত চিকিৎসা অবলম্বিত হইয়া থাকে। যে স্থলে, উভয় শ্রেণীর লক্ষণাদি বর্ত্তমান থাকে, তথায় চিকিৎসক স্বকীয় অভিজ্ঞতা, বুদ্ধি ও বিবেচনা

অনুসারে যাহাতে প্রদাহের আধিক্য ও অভাব না ঘটে, তাহা দেখিয়া চিকিৎসা করিবেন।

প্রদাহিত স্থলে—অত্যন্ত আলোকভীতি, অশ্রুনিঃসরণ, চক্ষুস্পর্শে বেদনা, চক্ষুতে উষ্ণবোধ, ভ্রূ ও কপোলদেশ পর্য্যন্ত চক্ষুতে সতত প্রবল যাতনা, কনজংটাইভাব রক্তাধিক্য ও কোন কোন স্থলে কিমোসিস্ এবং কর্ণিয়াবেষ্টিত স্কেবটিকেব আবক্তিম শিবাচক্র প্রভৃতি লক্ষণ প্রদাহিত শ্রেণীভুক্ত। এই রোগে সমস্ত অথবা কিয়দংশ কর্ণিয়া ঘোলা হইয়া পীতপাংশু বর্ণ হয়; এবং বোগেব বৃদ্ধি হইয়া, কর্ণিযাব স্তব মধ্যে পীতবর্ণ পূয উৎপন্ন হওত, তাহা কর্ণিযাব স্তবনির্ম্মাণে সঞ্চিত, য্যাকিউয়স হিউমাবে বিক্ষিপ্ত অথবা কর্ণিয়া ফাটিযা বহির্গত হইয়া থাকে ও সেই বহির্গমনে কর্ণিযায় গভীব ক্ষত উৎপন্ন হয়। এই বোগ উপবিভাগে বিস্তৃত না হইয়া, ববং কর্ণিযার অভ্যন্তবদিকেই বিস্তৃত হইয়া থাকে, এবং উপযুক্ত চিকিৎসায় সম্পূর্ণ আবোগ্য, অথবা আবোগ্য সময়ে পুনবাবৃত্ত হইয়া অপ্রদাহিত শ্রেণীভুক্ত হয়।

আবোগ্য না হইয়া কর্ণিযাব প্রকৃত স্তবাভ্যন্তবে পূয় সঞ্চিত হওতঃ কিয়দংশ অথবা সমস্ত কর্ণিযা পূযবিশিষ্ট হইলে, তাহাকে কর্ণিযাব স্ফোটক (Abscess) বোগ কহে। এই স্ফোটকের পূয অধিক দূব বিস্তৃত না হইয়া প্রথমে যখন অত্যল্পমাত্র পূয কর্ণিযাব অধোদেশস্থ স্তরাভ্যন্তবে থাকে এবং অঙ্গুলি-নখের প্রাবম্ভস্থিত অর্দ্ধচন্দ্রাকৃতি শ্বেতবর্ণ চিহ্নেব সদৃশ দেখায়, তখন তাহাকে ওনিক্স (Onyx) অথবা অঙ্গুইস কহে। এই স্ফোটক কর্ণিযাব মধ্যস্থলে তাবাব সম্মুখে হইলে, আরোগ্যান্তে তথাকাব কর্ণিযা অস্বচ্ছ থাকে। কিন্তু, যদি উহা কর্ণিয়া ফাটিযা বহির্গত হয, তবে কর্ণিযা পচিয়া গলিত ক্ষতে (Sloughing ulcer) পরিণত হয। অপিচ, বহির্দ্দিকে না ফাটিযা, যদি কর্ণিয়ার অভ্যন্তরদিকে ফাটিয়া য়্যাণ্টেবিয়ার চেম্বারের মধ্যে পূয নিহিত হয, তবে তদবস্থাকে হাইপোপিয়ন (Hypopyon) কহে।

এই বোগে চক্ষুব অভ্যন্তবস্থ অবয়ব, বিশেষতঃ আইরিস প্রদাহিত হইতে পারে; সুতরাং সাইনেকিয়া ঘটিতে পারে এবং তারার সঙ্কোচন-প্রসাবণ শক্তিরও হ্রাস হইয়া থাকে। কখন কখন এই প্রদাহিত আইবিস হইতেও য়্যাকিউয়স হিউমাবে লিম্ফ্ (Lymph) নিঃসৃত হইয়া ও তাহা

য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারে তলস্থ হইয়াও এই হাইপোপিয়নের উৎপত্তি করিতে পারে। গভীর স্ফোটক হইয়া, ক্রমে কর্ণিয়ার মেদাপকর্ষ ঘটে এবং য়্যাকিউয়স পূয়মিশ্রিত হইয়া ঘোলা হইয়া পড়ে।

ঘৃষ্ট, বিদারিত অথবা কোন পদার্থসন্নিবিষ্ট হইয়া কর্ণিয়া এই রোগগ্রস্ত হয়; এবং বৃদ্ধ ও দুর্ব্বল ব্যক্তিদিগের সচরাচর এইরূপ বিপদ ঘটে। শারীরিক কারণে এবং পিউরিউলেণ্ট, ডিফ্‌থেরিটিক্ ও গ্রানিউলার কনজংটিভাইটিস্ এবং ফ্লিক্টিনিউলার কেরাটাইটিস্ রোগেও সচরাচর এই রোগ জন্মে। ক্যাটারাক্ট প্রভৃতি অস্ত্রচিকিৎসায় কর্ণিয়া বিদারণ করিয়া এই রোগ উপস্থিত হইলে, চক্ষু প্রায়ই বিনষ্ট হইয়া যায়। যাহাহউক, রোগী সুস্থ, বলিষ্ঠ ও দৃঢ়িষ্ঠ না হইলে এবং কর্ণিয়ার আঘাত গুরুতর হইলে, এই রোগে চক্ষুকে রক্ষা করা প্রায়ই দুঃসাধ্য।

কর্ণিয়ায় স্ফোটক হইলে, সঞ্চিত পূয়ের উপরিভাগের আকার ন্যুব্জ অথবা ইতস্ততঃ বিক্ষিপ্ত হইয়া থাকে। কিন্তু হাইপোপিয়ন হইলে, পূয়ের উপরিভাগ সমতল থাকে এবং রোগী কোন পার্শ্বে মস্তক অবনত করিলে, হাইপোপিয়নের উপরিভাগের ঐ আকার তদ্দিকে পরিবর্ত্তিত হয়। অপিচ, হাইপোপিয়ন্ রোগে পূয় এত অধিক সঞ্চিত হয় না যে, তাহা চক্ষুর তারা স্পর্শ করিতে পারে। ঊর্দ্ধ এবং অধোদিকেই এই হাইপোপিয়ন্ উৎপন্ন হইয়া থাকে। আলোক পার্শ্বে রাখিয়া চক্ষু পরীক্ষা করিলে, এই অবস্থা বিশেষরূপে জ্ঞাত হওয়া যায়। অপিচ, হাইপোপিয়ন ও স্ফোটক উভয়ই এক সময়ে বর্ত্তমান থাকিতে পারে।

পরিণাম।—যদি সমস্ত অথবা অধিকাংশ কর্ণিয়া পূয়বিশিষ্ট হয়, তবে চক্ষুর্বিনাশন অনিবার্য্য। স্ফোটক ক্ষুদ্র হইলেও তৎস্থানে পুরু শাদা দাগ অবশিষ্ট থাকিয়া, আকৃতি ও ঘনতা অনুসারে তারার সম্মুখে অবস্থান করিয়া দৃষ্টির ব্যাঘাত জন্মায়। চক্ষুর আভ্যন্তরীণ প্রতিচাপে পূয় স্বয়ং বহির্গত হইয়া স্ফোটক শূন্যগর্ত্ত হইলে এবং তাহাতে আইরিস প্রভৃতি বহির্গত না হইলে, এই শাদা দাগ ব্যতীত কর্ণিয়ার অপর কোন বিপদ ঘটে না। অপেক্ষাকৃত আশাজনক স্থলে, কর্ণিয়া ফাটিয়া পূয় নির্গত না হইলেও চক্ষুর সম্মুখভাগ আভ্যন্তরিক প্রতিচাপে এত বহিঃসৃত (ষ্ট্যাফিলোমা) হয় যে, তাহাতে

দৃষ্টির ব্যাঘাত জন্মায়। স্ফোটক কর্ণিয়ার স্তক মধ্যে গভীররূপে সর্ব্বত্র বিস্তৃত হইলে, কর্ণিয়া পচিয়া যাইতে পারে; এবং পশ্চাদ্বর্ত্তী স্তর পীড়িত হইলে, আইরিস ও চক্ষুর অভ্যন্তরস্থ অপরাপর অঙ্গে প্রদাহ উপস্থিত হইয়া, হঠাৎ কোন না কোন সময়ে, সমুদায় অক্ষিগোলকের প্রদাহ উপস্থিত হইয়া চক্ষু নষ্ট হইয়া যায়। কর্ণিয়ার পশ্চাদ্বর্ত্তী স্তর পশ্চাদ্দিকে স্ফীত হইয়া প্রায়ই আইরিসকে স্পর্শ করে; এবং তৎসময়ে আইরিস প্রদাহিত থাকায় তথা হইতে লিম্ফ পদার্থ নিঃসৃত হইয়া কখন কখন কর্ণিয়া ও আইরিসকে এবং তৎসঙ্গে সঙ্গে কখন কখন লেন্সকে সাইনেকিয়া দ্বারা পরস্পর সংযুক্ত করে; এবং প্রসারক ঔষধ দ্বারাও তাহা নিয়মিতরূপে প্রসৃত হয় না। প্রদাহ আরোগ্যান্তে এবম্বিধ স্থলে যে ঘন অস্বচ্ছতা জন্মে, তাহাকে লিউকোমা-য্যাডিরেন্স (Leucoma adherence) কহে। যাহাহউক, এই সকল অবস্থায় চক্ষু ও কপোলদেশে ভয়ানক যাতনা উপস্থিত হয়; এবং কর্ণিয়া যত দিন পর্য্যন্ত আভ্যন্তরীণ প্রতিচাপ সহ্য করিতে পারে, ততদিন পর্য্যন্ত পূযোৎপত্তি হইয়া উহা বিনাশিত হইতে থাকে, এবং যখন প্রতিচাপ সহ্য করিতে পারে না, তখনই উহার পূযজ অপকৃষ্ট স্থান ফাটিয়া যায়; এবং তন্মধ্য দিয়া অক্ষিগোলকের অন্তরস্থ সমুদায় পদার্থ বহির্গত হইয়া চক্ষু চুপ্‌সিয়া পড়ে। কোন কোন স্থলে, কর্ণিয়া কিঞ্চিন্মাত্র ফাটিয়া কেবল আইরিস বহির্গত হওত ষ্ট্যাফিলোমা জন্মে।

চিকিৎসা।—শরীরের অপরাপর অঙ্গে স্ফোটক হইলে যে নিয়মে চিকিৎসা করিতে হয়, চক্ষুতে স্ফোটক হইলে, ঠিক সেই নিয়মেই চিকিৎসা করিতে হয়। সামান্য প্রদাহে চক্ষুতে প্রত্যহ ৩।৪ বার য্যাট্রোপীন লোশন (৩৭ ব্য) প্রদান এবং চক্ষু ব্যাণ্ডেজ দ্বারা আবদ্ধ রাখা উচিত। কিন্তু, চক্ষুর বিতান বৃদ্ধি হইতে থাকিলে, য্যাট্রোপীনের পরিবর্ত্তে এসারীণ লোশন (৪৯ ব্য) প্রত্যহ ২বার করিয়া ব্যবহার করা উচিত। উত্তেজনা ও বেদনা নিবারণার্থে পোস্ত ঢেঁড়ি, ধূঁতুরা, ক্যামোমাইল অথবা বেলেডোনা দিয়া সিদ্ধ জলে প্রত্যহ ৩।৪ বার চক্ষুতে সেঁক দিলে ও ইত্যবকাশ মধ্যে বেলেডোনা লোশনে চক্ষু আর্দ্র রাখিলে, বিশেষ উপকার হইয়া থাকে। কনজংটাইভায় রক্তসংঘাত এবং কিমোসিস বিদ্যমান থাকিলে, এবম্বিধ সেঁক প্রদানে রক্তস্থগন কার্য্যের

বৃদ্ধি হয় এবং পরিপোষণের হ্রাস হইয়া কর্ণিয়া বিনাশিত হয়; সুতরাং তদ্বিধস্থলে সেঁক প্রদান করা কদাচ বৈধ হয় না। উত্তেজনা ও বেদনা সত্ত্বে চক্ষু অঙ্গুলিস্পর্শে যাতনাপ্রদ হইলে, বলিষ্ঠ রোগীর পক্ষে, রগে ২।৩টী জোঁক লাগান বিধেয়। রগে মর্ফিয়ার পিচকারি দিয়াও বিশেষ উপকার পাওয়া যায়। বেদনা ও নিদ্রারাহিত্য নিবারণার্থে, রাত্রিকালে পূর্ণমাত্রায় অথবা দিবাভাগে অল্প মাত্রায়, আফিঙ্গ অথবা তদ্বিধ ঔষধাদি সেবন করা উচিত। পুষ্টি ও বলকারক খাদ্য এবং শারীরিক অবস্থা বুঝিয়া এমোনিয়া, বার্ক, আয়রণ ও কুইনাইন প্রভৃতি বলকারক ঔষধ (১৮৭, ১৮৫, ১৮৬, ১৩৪ ১৩০, ১২৫, ৮৬, ৯২, ৯৪, ৯৫, ১২৭, ১৪০, ব্য) ব্যবস্থিত হইয়া থাকে। যাহাতে সুস্থাবস্থার ন্যায় নিয়মিতরূপে কোষ্ঠ পরিস্কার থাকে এবং ক্ষুধার হানি না হয়, এরূপ সাবধান হওয়া অতীব প্রয়োজনীয়।

এইরূপ চিকিৎসাদি দ্বারাও যদি স্ফোটকস্থ পূয আশোষিত হইয়া না যায় এবং চক্ষুর বিতান ক্রমশঃ বর্দ্ধিত হইতে থাকে, তবে এক খানি ক্যাটারাক্ট ছুরিকা দ্বারা স্ফোটকের তলদেশস্থ কর্ণিয়া বিদারিত করিয়া পূয বহির্গত হইতে দেওয়া বিধেয়; এবং তদ্বিধ বিদারণে ছুরিকা খানি তির্য্যগ্‌ভাবে কর্ণিয়ার স্তর মধ্যে প্রবিষ্ট হইতে দেওয়া উচিত। উহার অগ্রভাগ যেন কোন ক্রমেই য্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারের মধ্যে প্রবিষ্ট না হয়; হইলে, য্যাকিউসয বহির্গত হইয়া আমাদের সমুদায় আশা বিফল করিয়া দেয়। যাহাহউক, কোন কোন স্থলে, কর্ণিয়ার স্তরমধ্যবর্ত্তী উক্ত পূয ক্ষীরবৎ এত ঘন ও পিচ্ছিল থাকে যে, তাহা সামান্য বিদারণে সহজে বহির্গত হয় না। এবম্বিধস্থলে, একখানি ক্ষুদ্র স্কুপ স্ফোটকমধ্যে প্রবিষ্ট করিয়া, উক্ত পূয টানিয়া বহির্গত করিতে হয়। এই স্ফোটক অতি গভীরস্থায়ী হইয়া য্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারের মধ্যে ফাটিয়া নির্গত হইবার সম্ভাবনা থাকিলে, অথবা বিস্তৃত হাইপোপিয়ন থাকিলে এবং চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি হইলে, একটী প্রশস্ত নিড্‌ল দ্বারা স্ফোটকের তলদেশ বিদ্ধ করা বিধেয়। ইহাতে উপকার বোধ হইলে, ২।১ দিবস অন্তর উহা পুনঃপুনঃ সমাধা করা যাইতে পারে; এবং এই অস্ত্রসাধনে কোকেন লোশন ব্যবহার করা উচিত; অথবা ক্লোরোফর্ম্ম দ্বারা রোগীকে অচেতন করা আবশ্যক হইলে, তদ্বিধান করাও উচিত। পূয নিঃসৃত করিলে, রোগী বিলক্ষণ আরাম বোধ

করিতে থাকে; এবং তৎপরে ২।৩ ঘণ্টা অন্তর চক্ষুতে সেঁক দেওয়া বিধেয়। ইত্যবকাশ মধ্যে মর্ফিয়া, বেলেডোনা ও এতদ্দেশীয় গাঁজা সমভাগে মিশ্রিত মলম অথবা গ্রেজ অয়েন্টমেন্ট্‌ (১৬৭ ব্য) অক্ষিপুটে প্রলেপিত করত চক্ষু প্যাড্‌ ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা শিথিলভাবে আবদ্ধ রাখা উচিত। চক্ষুর তারা অনিয়মিতরূপে প্রসারিত ও কর্ণিয়ার বিনাশন অনিবার্য্য হইলে এবং আইরিস বিলক্ষণ প্রদাহিত ও চক্ষুর বিতান ক্রমশ বর্দ্ধিত হইতে থাকিলে এবং তৎসঙ্গে হাইপোপিয়ন বর্ত্তমান থাকিলে, আইরিডেক্টমী অথবা ডাং সেমেশের অবলম্বিত উপায়ে অস্ত্রসাধন করিয়া চক্ষুকে রক্ষা করিবার শেষ চেষ্টা দেখা উচিত। গভীরস্থায়ী স্ফোটকে, বিশেষতঃ তাহা তারার সম্মুখে কর্ণিয়ার মধ্যস্থলে বর্ত্তমান থাকিলেও, এই আইরিডেক্টমী সমাহিত হইলে, পরিণামে যখন স্ফোটক বিদীর্ণ হওত কর্ণিয়া অস্বচ্ছ হয়, তখন এই কৃত্রিম তারা এবং কর্ণিয়ার অবশিষ্ট স্বচ্ছাংশের অভ্যন্তর দিয়া দৃষ্টির কোন ব্যাঘাত ঘটে না; এবং পুনর্ব্বার কৃত্রিম তারা করিবারও প্রয়োজন হয় না।

সেমেশের অস্ত্রসাধনে গ্রেভির ছুরিকা লইয়া স্ফোটক বা ক্ষত মধ্য দিয়া লেন্স আঘাতিত না হয়, এরূপ ভাবে তাহা য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারে প্রবেশিত করিতে হয়। ক্ষতের দুই পার্শ্বে ডেসিমেট মেম্ব্রেন পর্য্যন্ত কিঞ্চিৎ সুস্থ কর্ণিয়াও এই বিদারণে বিদারিত করিতে হয়। অতঃপর কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ বন্ধন ও চক্ষুতে প্রত্যহ ২বার এসারীণ লোশন (৪৯ ব্য) প্রয়োগ করিতে হয়; এবং প্রত্যহ পুটচাপে বা সূক্ষ্ম নিডলে বা ছুরিকার অগ্রভাগে বিদারণের মুখ খুলিয়া দিতে হয়। ক্ষত-সংস্কার আরম্ভ পর্য্যন্ত এইরূপ চিকিৎসা করিতে হয়। যাহাহউক, এই উপায় এক্ষণে আর তত অবলম্বিত হয় না; এবং এরূপ স্থলে এক্ষণে য়্যাকুচুয়াল কটারি ব্যবহৃত হইতেছে।

এই রোগে চক্ষুর যন্ত্রণা ও উত্তেজনা তিরোহিত হইলেও সমস্ত কর্ণিয়া সত্বর সমভাবে রোগাক্রান্ত হইয়া চক্ষু ধ্বংস করিতে পারে। এবম্বিধ অবস্থায় প্রত্যহ তিন বার "এসারীণ সলিউশন (৪৯ ব্য) চক্ষুতে ফোটা ফোটা প্রদান করিতে হয়: এবং তৎপরে ৪।৫ ঘণ্টা কাল চক্ষুকে কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ দ্বারা আবদ্ধ রাখা ও তদ্বিধ বন্ধনে কষ্ট হইলে, বন্ধন শিথিল করা অথবা ব্যাণ্ডেজ ত্যাগ করা অথবা বরফযুক্ত ব্যাণ্ডেজ ব্যবহার করা যায়।

অপ্রদাহিতস্থলে—উত্তেজনা, বেদনা, আলোকভীতি ও অশ্রুনিঃসরণ প্রভৃতি প্রদাহের কোন প্রকার প্রবল লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে না। কর্ণিয়ার স্তর মধ্যে পীতবর্ণ পূযচিহ্ন উৎপন্ন হইয়া এই রোগের আরম্ভ হয়। পরে, ক্রমে পূয বিস্তৃত হইয়া ২।১ দিবস এমত কি, ২।১ঘণ্টার মধ্যেই প্রায় অধিকাংশ কর্ণিয়াকে পীড়িত করিয়া স্ফোটকাকারে দৃষ্ট হয়। পূয-সঞ্চয়-কালে চক্ষুর বেদনাদি যাহা হয়, তাহাও সচরাচর তাদৃশ প্রবল হয় না; এবং পূয বহির্গত হইয়া পড়িলেই একেবারেই অন্তর্হিত হয়। কখন কখন এই পূয কর্ণিয়ার পশ্চাদ্বর্ত্তী স্তর ভেদ করিয়া য়্যাণ্টেরিয়র চেম্বারে সঞ্চিত হওয়ায় হাইপোপিয়ন উৎপন্ন হইলে, য়্যাকিউয়স ঘোলা হয় এবং আইরাইটিস ও আইরিসের সহিত কর্ণিয়ার সংযোগ প্রভৃতি রোগও ঘটিতে পারে, এবং কনজংটাইভায় সচরাচর অধিক রক্তসংঘাত দৃষ্ট হয়। যাহাহউক, অত্যল্প কাল মধ্যেই কর্ণিয়া ভেদ করিয়া এই পূয বহির্গত হইয়া পড়ে, এবং কর্ণিয়ার পচন ও বিগলন, আইরিসের বহিঃসরণ, ষ্ট্যাফিলোমা ও চক্ষুর সমস্ত অবয়বের প্রদাহ (Panophthalmitis) প্রভৃতি ভয়ঙ্কর দুর্ঘটনা ঘটিয়া চক্ষু চুপ্সিয়া যায়। কিন্তু, এদিকে প্রদাহের প্রবলতা ঘটিলে, কর্ণিয়া এত শীঘ্র পচিয়া যাইবার তাদৃশ আশঙ্কা থাকে না।

অতিবৃদ্ধ, বালক ও শীর্ণকলেবর ব্যক্তিদিগেরই, বিশেষত ক্যাটারাক্ট প্রভৃতি অস্ত্রসাধনে অথবা কর্ণিয়ায় কোন পদার্থ সন্নিবিষ্ট থাকিয়া, অথবা উহা কোন পদার্থ দ্বারা আঘাতিত হইয়া, সচরাচর এই রোগ ঘটে। বাতশ্লেষ্মবিকার জ্বর, বসন্ত, ওলাউঠা এবং বহুমূত্র প্রভৃতি রোগে উপবাসাদি দ্বারা এবং শিশুদিগের যকৃৎ রোগে শরীর নিতান্ত দুর্ব্বল ও অসুস্থ হইলেও এই রোগ ঘটিতে পারে। বয়স্ক বালকদিগের পক্ষে এবং সামান্যতর স্থলে, উপযুক্ত চিকিৎসা হইলে, পূয আশোষিত হইয়া এই রোগ নির্দ্দোষে আরোগ্য হইতে পারে; অথবা কর্ণিয়ায় কেবল ঘন শাদা দাগ থাকে। তদ্ভিন্ন স্থলে, চক্ষু প্রায়ই বিনষ্ট হইয়া যায়।

চিকিৎসা।—স্বতঃ অথবা কোন প্রকার আঘাতে উৎপন্ন হউক না কেন, এই শ্রেণীস্থ সকল স্থলেই, চক্ষুতে সেঁক দিলে পূয়বৃদ্ধির লাঘব হয়; এমত কি, ক্ষুদ্র হাইপোপিয়ন প্রভৃতি এই সেঁক প্রদানেই আশোষিত হইয়া

যায়। এবম্বিধ স্থলে, শীতল জলের পটি ব্যবহারে কর্ণিয়া পচিয়া যাইতে পারে; সুতরাং তদ্ব্যবহার করা কদাচ উচিত নহে। চক্ষুর অবস্থা বুঝিয়া, অর্থাৎ চক্ষুতে প্রদাহের যত অভাব থাকে, জলের অথবা ক্যামোমাইল প্রভৃতি সিদ্ধজলের উষ্ণতার বৃদ্ধি তত অধিক হওয়া উচিত। কিন্তু, চক্ষু অধিক প্রদাহিত করা এবং উহাতে অধিক রক্তাধিক্য ঘটান কদাচ উচিত নহে। এই নিমিত্ত জলের অত্যুষ্ণতা এবং একসময়ে অধিকক্ষণ অথবা পুনঃপুনঃ সেঁক দেওয়া, বিধিসঙ্গত হয় না। সেঁক দিবার সময়ে ফ্লানেল অথবা স্পঞ্জ অধিকক্ষণ চক্ষুতে রাখিলে তাহা শীতল হইয়া যায়, এবং সেই শীতলতায় কর্ণিয়ার জীবনীশক্তি বিনাশিত হইতে পারে; সুতরাং একজন অনভিজ্ঞ ব্যক্তির হস্তে এই কার্য্যের ভারার্পণ করা কদাচ বৈধ নহে। প্রতিদিবস ৩।৪ বার এবং প্রতিবারে অর্দ্ধঘটাকাল পর্য্যন্ত সেঁক দেওয়া উচিত; এবং এই অর্দ্ধ ঘণ্টার মধ্যে স্পঞ্জ অথবা ফ্লানেল পুনঃপুনঃ পরিবর্ত্তন অথবা অধিকক্ষণ স্থায়ী না রাখিয়া, ৩।৪ মিনিট অন্তর অর্থাৎ উহা শীতল হইতে না হইতেই, পরিবর্ত্তন করিয়া সেঁক দেওয়া উচিত। -লুটীসেঁক এই পীড়ায় বিশেষ ফলপ্রদ। দ্বিমুষ্টি পরিমিত দুই খানি ভাঁজ করা নেকড়া পর্য্যায়ক্রমে অগ্নির উত্তাপে সহ্যবৎ উত্তপ্ত হইলে, তাহা দ্বারা অথবা উত্তপ্ত জলপূর্ণ টিনের বাক্সের পাত্রে তাহা লাগাইয়া তদ্দ্বারা সেঁক দেওয়া যাইতে পারে।

পীড়ার প্রারম্ভ হইতেই, বিশেষত আইরাইটিস হইলে, চক্ষুতে য্যাট্রোপীন (৩৮ ব্য) এবং বিতান বৃদ্ধিতে এসারীন লোশন (৪১ ব্য) প্রদান করিলে এবং চক্ষু কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজে আবদ্ধ রাখিলে, রোগের অনেক প্রতীকার হয়। ব্যাণ্ডেজ খুলিয়া সেঁক দেওয়া এবং ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষুতে যাতনা হইলে, ব্যাণ্ডেজ শিথিল অথবা ত্যাগ করা উচিত। এই সকল বিষয়ে মনোযোগী হইলে, পূয চতুর্দ্দিকে বিস্তৃত হইতে পারে না এবং চক্ষুর বিতানবৃদ্ধিও লঘু হইয়া পড়ে। যাতনা নিবৃত্তির জন্য, রগে মর্ফিয়ার পিচকারি দেওয়া যাইতে পারে। যাহাহউক, এই সকল উপায়ে পূয় আশোষিত হইয়া না যাইলে এবং কর্ণিয়া ছিদ্রিত হইবার সম্ভাবনা থাকিলে ও পূয় কিয়ৎ-পরিমিত হইলে, পূর্ব্বোক্ত অস্ত্রসাধনে কর্ণিয়াকে বিদারিত করিয়া পূয় বহির্গত করিয়া দেওয়া উচিত। কর্ণিয়া আস্তে আস্তে ক্ষতাদি দ্বারা পচিয়া যাইতে

থাকিলে, ডাং ওয়ার্লেমণ্ট সাহেব চক্ষুতে ভান রস্‌ব্রেক্স অয়েণ্টমেণ্ট্ (১৬২ ব্য) ব্যবহার করিতে বলেন।

চিকিৎসার প্রারম্ভ হইতেই উত্তেজক ও বলকর ঔষধ (১২০, ১৪০, ১৫২ ব্য) সেবন এবং ছাগমাংস, গাভীঘৃত, বিশুদ্ধ গো-গর্দ্দভ ও ছাগ দুগ্ধ এবং অন্যান্য পুষ্টিকর ও বলকারক খাদ্যের ব্যবস্থা করিয়া রোগীর স্বাস্থ্যবৃদ্ধি করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। বলকারক ঔষধের মধ্যে ফেলোজ সিরপ, প্যারিশেজ ফুড অথবা ৩০ ফোটা ডায়েলাইজড্ আয়রণ অথবা ১ গ্রেণ কুইনাইনের সহিত ২০ মিনিম টিং ষ্টীল ও ৩০ মিনিম স্পিরিট এমোনিয়া এরোমেটিক প্রত্যহ দিবস ৩ ঘণ্টা অন্তর সেবন করিলে, বিশেষ উপকার পাওয়া গিয়া থাকে।

এই সকল উপায় বিফল হইলে ও আইরিস প্রদাহিত থাকিলে এবং হাইপোপিয়ন, ক্ষত অথবা স্ফোটক বৃহৎ হইলে, কিয়দংশ কর্ণিয়া স্বচ্ছ থাকিলেই, সত্বর আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন করা বৈধ। তাহাতে, পূয ও ঘোলা য্যাকিউয়স নিঃসৃত হইয়া যায়; এবং চক্ষুর তারা ও কর্ণিয়ার স্বচ্ছাংশের অভ্যন্তর দিয়া সুন্দর দৃষ্টি ঘটে।

নিউরো-প্যারালিটিক কেরাটাইটিস (NEURO-PARALYTIC)

কখন কখন পঞ্চম স্নায়ুর বাহ্য শাখা সকলে পক্ষাঘাত হইয়া কর্ণিয়ার পরিপোষণ ও জীবনী শক্তির হ্রাস হইয়া সপিউরেটিভ কেরাটাইটিস রোগের ন্যায় ক্ষত রোগে কর্ণিয়া, এমত কি, সমস্ত চক্ষু বিনষ্ট হইয়া যায়। কঞ্জংটাইভার ভাঁজ মধ্যে বাহ্য পদার্থ পতিত থাকিয়া তদুত্তেজনায় কখন কখন এইরূপে কর্ণিয়া বিনষ্ট হইতে দেখা যায়। উক্ত স্নায়ুর মূল বা কাণ্ড দেশে আঘাত লাগিয়াও কখন কখন এইরূপ অবস্থা ঘটে; এবং চক্ষুকে রক্ষা করিবার আমাদের সমুদায় চেষ্টা বিফল করে।

চিকিৎসা।—পূয উৎপন্ন হইলে, স্ফোটক রোগের ন্যায় চিকিৎসা করিতে হয়; এবং যে যে স্থল আরোগ্য হয়, তাহাও অতি বিলম্বে হইয়া থাকে। কর্ণিয়ার স্বচ্ছ অংশ সুস্থ রাখিতে সত্বর আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন করা বৈধ।

হার্পিজ জষ্টার ফ্রণ্টেলিস রোগে কর্ণিয়ায় ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ব্রণ উৎপন্ন হয়। এই সকল ব্রণ ফাটিয়া অল্প বা অধিক পূয়বিশিষ্ট ক্ষত হয় এবং চক্ষুতে ভয়ানক বেদনা হয় ও তাহা আরোগ্য হইতে অধিক দিবস লাগে। আরোগ্য হইলেও কর্ণিয়া অধিক দিবস পর্য্যন্ত অসাড় থাকে। গ্যাসেরিয়ান গাংলিয়নের আঘাতে এবম্বিধ রোগ ঘটে। এরূপ স্থলের চিকিৎসা হার্পিজ জষ্টার ফ্রণ্টেলিস রোগে দেখ।

কর্ণিও-আইরাইটিস্‌ (CORNEO-IRITIS)

জ্বর প্রভৃতি শারীরিক দুর্ব্বলকারক রোগে, শরীর-শীর্ণ-কারক প্রাত্যহিক অনিয়মিত ও অতিরিক্ত পরিশ্রমে, অথবা উপদংশ রোগের পর, কর্ণিয়া অগ্রে প্রদাহিত হইয়া ও তৎসঙ্গে আইরিসকেও প্রদাহিত করিয়া, এই রোগ আনয়ন করে।

কর্ণিয়ার আবিলতা, কর্ণিয়া বেষ্টিত স্ক্লেরটিকের আরক্তিমতা, সিলিয়ারি প্রদেশে বেদনা, আলোকভীতি, অশ্রুনিঃসরণ এবং আইরিসের বিবর্ণতা ও সঙ্কোচন-প্রসারণে অক্ষমতা অথবা তারার মণ্ডলাকার-চ্যুতি ইত্যাদি এই রোগের লক্ষণ।

চিকিৎসা।—আইরাইটিস্‌ রোগের ন্যায় এই রোগের চিকিৎসা করিতে হয় বলিয়া, এস্থলে কোন বিশেষ ব্যবস্থা লিখিত হইল না। য়্যাট্রোপীন, বেলেডোনা, আফিঙ্গ ও সেঁক প্রয়োজনমতে সর্ব্বথা ব্যবস্থনীয়। কুইনাইন ও আয়রণ প্রভৃতি বলকারক ঔষধ, পরিশ্রম হইতে বিশ্রাম এবং উপদংশস্থলে, আইওডাইড্‌ অব্‌ পোটাসিয়ম অথবা তৎসঙ্গে ফেরি এমোনি সাইট্রাস এই রোগেরই ঔষধ। এই রোগে মার্কারি সেবন করা বৈধ নহে। মার্কারি ব্যবহার করিতে হইলে এবং চক্ষুতে অতিরিক্ত বেদনা থাকিলে, বরং অল্প পরিমাণে হাইড্রার্জ বেলেডোনা কম্পাউণ্ড অথবা হাইড্রার্জ য়্যাট্রোপিয়া কপাউণ্ড (৭২।৮২ ব্য) প্রাতঃসন্ধ্যা ভ্রূ ও রগে মর্দ্দন করিলে বহুতর উপকার দর্শিতে পারে।

ক্ষত (ULCERS OF THE CORNEA)

এই রোগে প্রথমে কর্ণিয়ার কোন স্থানে স্বল্পোন্নত এক বিন্দু সামান্য দাগ জন্মিয়া ও তাহা ক্রমে বিস্তৃত হইয়া কর্ণিয়ার আচ্ছাদক ইপিথীলিয়ম বিনাশ করে। পরে, আয়তন ও গভীরতায় বিস্তৃত হইয়া তৎস্থান উৎক্ষিপ্ত ও গহ্বরিত হওত ঈষৎ পীতবর্ণ ক্ষত আকার ধারণ করে। চক্ষুর উত্তেজনা, আলোকভীতি, অশ্রুনিঃসরণ, চক্ষু ও তৎপার্শ্বস্থ ললাট ও মস্তকের বেদনা, পুটমুদ্রণ এবং চক্ষুর করকরানি ইত্যাদি লক্ষণ প্রবল অথবা নাতিপ্রবল ভাবে প্রকাশিত হয়। ক্ষতনিকটস্থ স্থান ব্যতীত কর্ণিয়ার অপরাংশের স্বচ্ছতা ও উজ্জ্বলতা অবিকৃত থাকে; কিন্তু প্যাল্পিব্রাল্ ও আর্বিট্যাল্ উভয় কনজংটাইভা অল্প বা অধিক পরিমাণে আরক্তিম হয়; এবং কর্ণিয়ার চতুর্দ্দিকে স্ক্লেরটিকের আরক্তিম শিরাচক্রও দৃষ্টিগোচর হয়।

লক্ষণাদির সামান্য প্রভেদ ব্যতীত প্রবল ও নাতিপ্রবল অবস্থা নির্ণয় করা অতি দুরূহ। তবে, কেরাটাইটিস রোগ হইতে ক্ষত রোগের এই প্রভেদ যে, ইহাতে কর্ণিয়ার অন্তর্ভূত পদার্থের বিনাশ হয় এবং ক্ষত ক্রমশ ক্ষুদ্র হইয়া স্বভাবত আরোগ্যপথে ধাবিত হয়; অথবা উহাতে চিরকালের নিমিত্ত ক্ষতকলঙ্ক ও ষ্ট্যাফিলোমা প্রভৃতি জন্মিয়া উহার স্বচ্ছতা এবং গঠন বিনাশিত হইয়া থাকে। আঘাত অথবা কোন পদার্থ দ্বারা কর্ণিয়ার ইপিথীলিয়ম ঘৃষ্ট, উন্মোচিত বা উৎকীর্ণ হইলে অথবা ফ্লিক্টিনিউলার কেরাটাইটিস এবং বসন্তাদি রোগে ভেসিকেল গলিয়া যাইলেও ঠিক এবম্বিধ ক্ষত উৎপন্ন হইতে পারে। কিন্তু, এস্থলে শারীরিক স্বাস্থ্যব্যত্যয়ে বালক ও বৃদ্ধ সকলেরই যে ক্ষত রোগ ঘটে, তাহাই বর্ণিত হইতেছে। পিউরিউলেণ্ট এবং গণোরিয়াল অপথাল্মিয়া রোগে এবং ট্রুমস, ফ্লিক্টিনিউলার ও সপিউরেটিভ কর্ণিয়াইটিস রোগে কর্ণিয়ায় সচরাচর ক্ষত হইতে দেখা যায়। কিন্তু, তদ্ব্যতীত কর্ণিয়া বা কঞ্জংটাইভায় কোন প্রকার প্রদাহ না জন্মিয়াও কর্ণিয়ায় ক্ষত হইতে দেখা যায়। এস্থলে, এইরূপ ক্ষত রোগের কথাই বর্ণিত হইতেছে। শারীরিক স্বাস্থ্যব্যত্যয়ে এই রোগ ঘটে বলিয়া, অতি দুর্ব্বল ও শ্রান্ত এবং ট্রুমা ও বাত ধাতুবিশিষ্ট ব্যক্তিদিগের এই রোগ হইতে দেখা যায়।

বয়স্ক ব্যক্তিদিগের পক্ষে, বেদনা ও রক্তাধিক্যের আধিক্য ঘটে; এবং

আলোকভীতি ও অশ্রুনিঃসরণ বালকদিগেরই প্রবল হয়, এবং ক্ষত পাতলা হইলে, আরো অধিক প্রবল হয়। পাতা খুলিয়া চক্ষু পরীক্ষা করিবার সময় চক্ষু হইতে জল পড়ে, পাতা অতিশয় মুদিত হইয়া আইসে এবং হাঁচিও হইতে পারে।

এই রোগ প্রবল বা পুরাতন, পাতলা বা গভীর, স্বচ্ছ বা অস্বচ্ছ, রক্তশিরা-ময় বা রক্তশিরাহীন, গোলাকার বা ইতস্ততঃ সীমাবদ্ধ, অথবা সচল প্রভৃতি নানা আকার প্রকারে কর্ণিয়ার নানা স্থানে অভ্যুদিত হইয়া থাকে।

আকৃতি ও আয়তন অনুসারে, এই ক্ষত পাতলা অর্থাৎ কেবল উপরি-ভাগেই আবদ্ধ (Superficial), গভীর (Deep), অর্দ্ধচন্দ্রাকার (Cresentic), উৎকীর্ণ (Chiselled), চলিষ্ণু (Serpiginous), অপ্রদাহিক ও অলস (Indolent) এবং গলিত (Sloughing) নামে পরিচিত হয়। এতন্মধ্যে সপিউরেটিভ কেরাটাইটিস রোগে গলিত ক্ষতরোগের কথা উল্লিখিত হইয়াছে। যাহাহউক, অতিপরিশ্রান্ত, অর্দ্ধোপবাসী, মদ্যপায়ী এবং ইন্দ্রিয়াসক্ত ব্যক্তিদিগের এই রোগ জন্মে। কখন কখন চক্ষুতে উগ্র বৃক্ষনির্য্যাস, এসিড অথবা কোন বিষাক্ত পতঙ্গাদি পড়িয়াও কর্ণিয়া গলিত হইতে দেখা যায়। গলিত ক্ষতের বর্ণ শ্বেতাভ পীত; আকার গলিত এবং উহাতে সমস্ত অথবা অধিকাংশ কর্ণিয়া পচিয়া বিগলিত হইয়া খসিয়া পড়ে; এবং অবশিষ্টভাগও আবিল হইয়া রহে। মেনিঞ্জাইটিস রোগে মৃতপ্রায় শিশুদিগের এক চক্ষুতে এবং শিশুদিগের আমাশয় রোগে, নবপ্রসূত বালকদিগের অপথালমিয়া রোগে এবং শিশুদিগের অপূর্ণ ও রক্তহীন অবস্থায় এবং যক্কতাদি জ্বর রোগে ও ওলাউঠায় এইরূপ ক্ষত জন্মিয়া থাকে।

পাতলা ক্ষত প্রায়ই সীমাবদ্ধ এবং সচরাচর এত স্বচ্ছ যে, তির্য্যকভাবে আলোক পাতিত করিয়া চক্ষু পরীক্ষা না করিলে, প্রায়ই দৃষ্টিগোচর হয় না। সন্দেহজনক স্থলে, ক্ষতযুক্ত চক্ষুতে ফ্লোরিসিন লোশন (১৮৭ ব্য) পাতিত করিলে, কর্ণিয়ার ঘৃষ্ট ও ক্ষত স্থান উজ্জ্বল সবুজ বর্ণে রঞ্জিত হইয়া পড়ে। এই প্রকার ঘৃষ্ট ও ক্ষত রোগে চক্ষু ও চক্ষুর চতুষ্পার্শ্বে বেদনা, অতিশয় আলোকভীতি ও অশ্রু-নিঃসরণ বর্ত্তমান থাকে। কর্ণিয়ার কেন্দ্র স্থানে ক্ষত থাকিলে, দৃষ্টির ব্যাঘাত জন্মায় এবং সেই প্রকার ক্ষত প্রায়ই আঘাতজনিত। ফ্লিক্টিনিউলার কঞ্জংটিভাইটিস

রোগেও এবম্বিধ অবস্থা ঘটিতে পারে। যাহাহউক, উপযুক্ত চিকিৎসায় এইরূপ ক্ষত নির্দ্দোষে আরাম হইতে পারে।

গভীর ক্ষত রোগে কর্ণিয়ার প্রকৃত নির্ম্মাণ আয়তন ও গভীরতায় আক্রান্ত হয়। ক্ষত প্রান্তভাগ লিউকোসাইটে পূর্ণ থাকে। ক্ষতের বর্ণ পাংশু-শ্বেত। উহাতে কর্ণিয়া ছিদ্রিত হইতে পারে; এবং তাহাতে প্রদাহিত আইরিস এবং লেন্স আসিয়া সংযুক্ত হইয়া পিরামিডাল ক্যাটারাক্ট বা লিউকোমা য়্যাডিরেন্স প্রভৃতি রোগোৎপত্তি করে। এরূপ স্থলে, আইরিস, লেন্স ও ভিট্রিয়স বাহিঃসৃত হইতে পারে, এবং ক্ষত আরোগ্য হইলেও ক্ষত স্থানে দাগ পড়ে। পাতলা দাগের নাম নেবিউলা (Nebula), এবং ঘন দাগের নাম (Leucoma) লিউকোমা। কেন্দ্র স্থানে হইলে, দৃষ্টির সমূহ ক্ষতি এবং পরিধিভাগে হইলেও কর্ণিয়ার ঘনতা ও মুব্জ্যতার ব্যতিক্রমে য়্যাষ্টিগম্যাটিজম প্রভৃতি রোগে দৃষ্টির বিশৃঙ্খলা ঘটে। বসন্ত, নিউরো-প্যারালেটিক এবং সপিউরেটিভ রোগে এবং আঘাত লাগিয়া এই ক্ষত উৎপন্ন হয়।

সার্পিজিনস (Serpiginous) চলিষ্ণু বা সচল (Creeping) ক্ষতরোগ প্রায়ই অসময়-বৃদ্ধ, অতিরিক্ত মদ্যপ এবং যাহাদের কর্ম্মকার্য্যে কর্ণিয়া আঘাতিত হইতে পারে; তাহাদেরই ঘটে। এই রোগাক্রান্ত ব্যক্তির নেজাল ডক্ট অবরুদ্ধ থাকে। কর্ণিয়ায় যথা-তথা গভীর অর্দ্ধচন্দ্রাকার উৎকীর্ণ ক্ষত হয়। ক্ষতপ্রান্ত স্ফীত ও স্রাবযুক্ত থাকে। ক্ষতের বর্ণ পাংশু-পীত। প্রথমাক্রান্ত স্থান যখন নূতন টিস্থ দ্বারা পূর্ণ হইতে থাকে, তখন পরবর্ত্তী স্থানে ক্ষত সঞ্চারিত হয়। দীর্ঘকাল এইরূপ সচল হইয়া, ক্রমে এইরূপ ক্ষত রোগে হাইপোপিয়ন, আইরাইটিস, এবং প্যানফথাল্মাইটিস রোগ ঘটে, অথবা উহা গলিত ক্ষত রোগে পরিণত হয়।

উপসর্গ ও পরিণাম।—সংক্ষেপে বলিতে গেলে, ক্ষতের অবস্থান এবং গভীরতা দেখিয়াই আনুষঙ্গিক ঘটনা ও পরিণাম স্থিরীকৃত হইয়া থাকে। বলিষ্ঠ ও অল্পবয়স্ক ব্যক্তির পক্ষে, স্বল্পায়তন ও অগভীর ক্ষত চিকিৎসাদি দ্বারা ঈদৃশ আরোগ্য হইতে পারে যে, রোগের কোন চিহ্নই অবশিষ্ট থাকে না। যেরূপ ক্ষত রোগে কর্ণিয়াকে অতিক্রম করিয়া লেন্সের সম্মুখভাগকে অস্বচ্ছ (Pyramidal cataract) করে, তাহাও স্বল্পায়তন হইলে, নির্দ্দোষে আরোগ্য

হইতে পারে। কিন্তু, গভীর ক্ষত রোগের আনুষঙ্গিক ঘটনা অতিক্রম করা অতিশয় দুঃসাধ্য। কর্ণিয়ার কেন্দ্রস্থল আক্রান্ত না হইলে, এবম্বিধ স্থলে যদিও অপেক্ষাকৃত অল্প অপকার ঘটে, তথাপি ক্ষতস্থানের ক্ষীণ কর্ণিয়া চক্ষুর আভ্যন্তরীণ প্রতিচাপে অতিরিক্ত ন্যুব্জ, ফাটিত বা হার্ণিয়াযুক্ত হয়; অথবা আইরিস বহির্গত, লেন্স অস্বচ্ছ বা চক্ষুর অন্তরস্থ সমুদায় পদার্থ নিঃসৃত হইয়া চক্ষু চুপ্‌সিয়া যাইতে পারে। অন্যান্যস্থলে, আরোগ্যান্তে উহা শ্বেতবর্ণ ক্ষতকলঙ্কে চিরকলঙ্কিত হইয়া রহে। সুতরাং এই সকল স্থলে, বিশেষত কেন্দ্রস্থলে হইলে, এই রোগ দৃষ্টিবিষয়ে সুবিধাজনক নহে। আরোগ্য হইতে আরম্ভ হইলে, নাতিপ্রবল অপেক্ষা প্রবল ক্ষতরোগ সত্বর আরোগ্য হইতে পারে। কিন্তু, অপ্রদাহিত অলস ক্ষতজ কর্ণিয়ার দাগ আরোগ্য করাও কৃচ্ছ্রসাধ্য। গলিত ক্ষতরোগে আইরিস বহির্গত অথবা কোন কোন স্থলে, চক্ষু একেবারেই চুপসিয়া যায়। যদিও কোন কোন স্থলে, চিকিৎসাদি দ্বারা কর্ণিয়াকে ফাটিয়া যাইতে বাধা দেওয়া যায় বটে, কিন্তু তথায়ও ষ্ট্যাফিলোমা অথবা ঘন অস্বচ্ছতা প্রভৃতি ঘটিয়া চক্ষু একেবারেই অকর্ম্মণ্য হইয়া পড়ে। সুতরাং কর্ণিয়া বিগলিত হউক অথবা আরোগ্য হউক, তদ্বিধস্থলে চক্ষুর দৃষ্টি একেবারেই নষ্ট হইয়া যায়।

চিকিৎসা।—যাহাতে ক্ষত আয়তনে অথবা গভীরতায় বৃদ্ধি না পায়, তদ্বিষয় মনে রাখিয়া ও চক্ষুতে প্রদাহের পরিমাণ বিবেচনা করিয়া এই রোগের চিকিৎসা করিতে হয়। প্রদাহ একেবারেই তিরোহিত করা অথবা অপ্রদাহিত চক্ষুতে অতিশয় প্রদাহ আনয়ন করা, উভয়ই শঙ্কটাবহ ব্যবস্থা; উভয়েই ক্ষত বিস্তৃত হইয়া কর্ণিয়া অস্বচ্ছ অথবা বিনাশিত হইতে পারে।

প্রবল প্রদাহে, রৌদ্র, ধূলি, ধূম, আলোক ও বায়ু হইতে চক্ষুকে রক্ষা করিয়া অন্ধকার গৃহে বাস করা উচিত। রোগী বলিষ্ঠ ও দৃঢ়িষ্ঠ হইলে, প্রবল প্রদাহে জোলাপ প্রদান ও স্যালাইন মিক্‌শ্চার (১০১, ১১৪ ব্য) এবং লঘু পথ্যাদি ব্যবস্থিত হইতে পারে। কিন্তু, আঘাতজ ও কনজংটিভাইটিস রোগজ স্থল ব্যতীত অধিকাংশ স্থলেই, এই রোগে রোগী অতিশয় দুর্ব্বল, ক্ষীণ ও অসুস্থ থাকে বলিয়া, সকল রোগীর পক্ষে এবম্বিধ চিকিৎসা অবলম্বন করা যাইতে পারে না। তত্তৎস্থলে, অবাধে বলকর ঔষধ ও পুষ্টিপ্রদ খাদ্যের ব্যবস্থা দেওয়া উচিত।

শরীরের যে ক্ষমতা দ্বারা আহার্য্য, বস্তু আমাদের পুষ্টিসাধক হইয়া থাকে এবং অবাধে জীর্ণ হইয়া উপযুক্ত শোণিতপ্রদ হয়, এই রোগে যে সকল ঔষধ ও খাদ্যে সেই ক্ষমতার বৃদ্ধি হয়, তাহা ব্যবস্থা করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। আরোগ্য হইতে আরম্ভ হইলে, অথবা রোগ স্তব্ধ হইয়া থাকিলে, অন্ধকার গৃহে আবদ্ধ না থাকিয়া, অনাবৃতস্থানে বিশুদ্ধ বায়ুসেবন, ব্যায়াম ও পরিষ্কার-পরিচ্ছন্ন-ভাবে অবস্থান এবং সমুদ্র, নদীতীর অথবা স্বাস্থ্যপ্রদ পল্লীগ্রামে বাস বিশেষ উপকারক।

রক্তাধিক্য, আলোকভীতি, অশ্রুনিঃসরণ এবং চক্ষুতে বেদনা থাকিলে, প্রত্যহ ৩।৪ বার চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন অথবা য়্যাট্রোপীন-কোকেন লোশন (৩৭, ৩৯, ৪০ ব্য) প্রদান করা এবং ললাটে য়্যাট্রোপিয়া-বেলেডোনা অয়েণ্টমেণ্ট (৮১ ব্য) ম্রক্ষণ করা, অথবা ললাট, ভ্রূ এবং অক্ষিপুটোপরি গ্লীসারীন-বেলেডোনা (১১১ ব্য) লেপন করিয়া প্যাড ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষুকে শিথিলভাবে আবদ্ধ ও সুস্থ চক্ষুটী পর্দ্দা দ্বারা ঢাকিয়া রাখা সর্ব্বতোভাবে উচিত। ক্রমবিস্তৃত ও শীঘ্র পচনশীল ক্ষত রোগে য়্যাট্রোপীনের পরিবর্ত্তে এসারীন লোশন (৪৯ ব্য) ব্যবহার করিলে, লিউকোসাইট নির্গত হইতে ও চক্ষুর বিতান বৃদ্ধি পাইতে বাধা প্রদান করে। রগে অথবা কর্ণপশ্চাতে ব্লিষ্টার লগ্ন করাও সমধিক উপকারক। চক্ষুতে এবং চক্ষুর চতুর্দ্দিকে বেদনার আধিক্য থাকিলে, বিশেষত হস্তস্পর্শে চক্ষু যাতনাপ্রদ হইলে, উষ্ণ বেলেডোনা লোশনের সেঁক দিতে এবং হৃষ্ট ব্যক্তির পক্ষে, রগে ২।৩টী জোঁক লাগাইতে পারা যায়। রগের তন্মধ্যে মর্ফিয়ার পিচকারি দিলে, অথবা যুবাব্যক্তিদিগের পক্ষে, ৬ ঘণ্টা অন্তর এক এক গ্রেণ আফিঙ্গ অথবা ½ গ্রেণ মর্ফিয়া সেবন করিলেও বিশেষ উপকার পাওয়া যায়। প্রয়োজন হইলে, আফিঙ্গের সহিত সোডা ও কুইনাইন মিশ্রিত করা যাইতে পারে। এই যাতনা ও চক্ষুর উত্তেজনা নিবারণার্থে প্রত্যহ শয়ন সময়ে অথবা প্রাতঃকালে ১০ গ্রেণ ডোভার্স পাউডার অথবা প্রয়োজন মতে, তাহাতে ২।১ গ্রেণ কুইনাইন মিশ্রিত করিয়া সেবন করিতে দেওয়া হয়।

পূর্ব্বে গুরুতর ক্ষতরোগ মাত্রেই য়্যাট্রোপীন অথবা বেলেডোনা লোশন ব্যবহৃত হইত। য়্যাট্রোপীনে যাতনা ও আইরাইটিস প্রভৃতি নিবৃত্তি করে এবং আইরিস ও সিলিয়ারি প্রদেশের রক্তাধিক্য দূর করে। সুতরাং ইহা

সপিউরেটিভ এবং সার্পিজিনস স্থলে, অন্যান্য ঔষধ ব্যবস্থার সঙ্গে সঙ্গে যথেষ্ট ব্যবহার করা যাইতে পারে। কিন্তু, কঞ্জংটাইভায় প্রদাহ থাকিলে, য়্যাট্রোপীনে তাহা বৃদ্ধি করে এবং আইরিসের আয়তন হ্রাস করিয়া ও তত্রত্য রক্তশিরা সকলকে সঙ্কুচিত করিয়া য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারে সঞ্চিত পুয় শীঘ্র আশোষণ করিতে পারে না। এই নিমিত্ত পূর্ব্বে যে সকল স্থলে কেবল য়্যাট্রো-পীন ব্যবহার হইত, এক্ষণে তাহার কতিপয় স্থলে এসারীন ব্যবহার হইতেছে। হাইপোপিয়ন থাকুক আর নাই থাকুক, গভীর ফোঁদেলের ন্যায় ক্রমসঙ্কীর্ণ, পূয়াত্মক ক্ষতরোগে, যাহা কখন কখন কর্ণিয়াব পরিধিভাগে কোন পশ্চিউল উদ্ভিন্ন হইয়া ঘটে, তাহাতে এসারীন অথবা তৎসঙ্গে কোকেন বিশেষ উপকারজনক। এরূপস্থলে সেঁক ও ব্যাণ্ডেজ প্রয়োজন হইলেও অপেক্ষাকৃত সামান্য স্থলে, প্রত্যহ ৫।৬ বার মাত্র কেবল এসারীন লোশন ব্যবহার করিয়া অনেক রোগ আরাম হইয়াছে। এসারীনে আইরিসের আয়তন বৃদ্ধি পায় এবং সিলিয়ারি রক্তশিরা সকল প্রসারিত হয়; সুতরাং তজ্জন্য শীঘ্র শীঘ্র পূয় আশোষিত হইয়া পড়ে; এবং ক্ষতস্থানেও বিশেষ কার্য্যকর হইয়া থাকে। চক্ষুর বিতান বৃদ্ধি হইলে, এসারীনে তাহা খর্ব্ব করিতে পারে; কিন্তু স্বাভাবিক বিতানের কোন গোলযোগ ঘটায় না। এসারীন প্রয়োগে সিলিয়ারি প্রদেশের গভীর রক্তশিরা সকল আরক্তিম হয় এবং সময়ে সময়ে চক্ষুর উত্তেজনা ও আলোকভীতি বৃদ্ধি করে। এই ঘটনা হইলেই, কর্ণিয়ার পচন নিবারণ ও ক্ষতসংস্কার আরম্ভ হইয়াছে মনে করিতে হইবে; এবং এসারীণ ব্যবহার পরিত্যাগ করিতে হইবে। কখন কখন ক্ষতাবশিষ্ট অস্বচ্ছতাও এসারীন ব্যবহারে দূরীভূত হইয়া থাকে।

অনেকানেক বিজ্ঞ চিকিৎসক এসারীনের পক্ষপাতী হইলেও ইহা সর্ব্বদাই মনে রাখা উচিত যে, এসারীন অত্যন্ত উত্তেজক ঔষধ। আইরাইটিস থাকিলে, তদ্ব্যবহারে সেই রোগ বিলক্ষণ বৃদ্ধি পায়। উহাতে চক্ষুর তারা ক্ষুদ্র হয়; সুতরাং পোষ্টেরিয়ার সাইনেকিয়া ঘটাইতে পারে। ক্ষত ক্ষুদ্র এবং পরিধিগত হইলে এবং কর্ণিয়া বিদ্ধ হইবার সম্ভাবনা থাকিলে অথবা সম্প্রতি বিদ্ধ হইলে, এসারীন ব্যবহারে আইরিস পীড়িত স্থান হইতে দূরে থাকিয়া বিশেষ উপকার দর্শায়। কিন্তু, কেন্দ্রস্থানে ক্ষত হইলে, য়্যাট্রোপীন বিশেষ

উপকারজনক। উহাতে চক্ষু ঠাণ্ডা থাকে এবং তারা প্রসারিত থাকায় কর্ণিয়া বিদ্ধ হইলেও আইরিস তৎস্থান হইতে বহুদূরে থাকে।

প্রবল প্রদাহিত স্থলে, কষ্টিক অথবা কোন প্রকার য্যাষ্ট্রিঞ্জেণ্ট লোশন চক্ষুতে প্রয়োগ করা উচিত নহে। করিলে, চক্ষুর উত্তেজনা ও ক্ষত বৃদ্ধি হইয়া কর্ণিয়া ক্ষয়িত হইতে পারে। কষ্টিক প্রয়োগ করিতে হইলে, যে সকল দীর্ঘস্থায়ী ক্ষতের উপরিভাগ ইপিথিলীয়ম দ্বারা আবৃত হইয়াছে, এবং আরোগ্য-মুখে ধাবিত হইয়াও আরোগ্য হইতেছে না, অথবা শীঘ্র শীঘ্র বৃদ্ধি হইতেছে এবং যে সকল ক্ষতে রক্তশিরা সমাবেশন হয় নাই, বিশেষত অর্দ্ধচন্দ্রাকার ক্ষত-রোগে, অভিজ্ঞ ও হস্তনিপুণ চিকিৎসকেরা স্বহস্তে সতর্ক হইয়া ক্ষতোপরি আস্তে আস্তে কষ্টিক বুলাইয়া অনেক উপকার পাইয়া থাকেন। একটী উষ্ট্রলোম সঙ্কীর্ণ আর্দ্র তুলিকা অগ্রে কতিপয় বার বিশুদ্ধ কষ্টিকের বাতির উপর বুলাইয়া, পরে যত দিন পর্য্যন্ত ক্ষত সুস্থ আকার ধারণ না করে, তত দিন পর্য্যন্ত সেইরূপ তুলিকা সমস্ত ক্ষতস্থানে ৩।৪ দিবস অন্তর এক একবার বুলাইয়া লইতে হয়। কিন্তু, এরূপ প্রক্রিয়াতেও প্রদাহবৃদ্ধির সম্ভব, ইহা সতত স্মরণ রাখা উচিত। কৃচ্ছ্র সাধ্য দীর্ঘস্থায়ী ক্ষতরোগে, যেখানে কর্ণিয়ায় রক্তশিরা-সমাবেশন হয় নাই, অথচ রেট্রো-টার্সাল ফোল্ডে কঞ্জংটাইভা শিথিলভাবে স্ফীত আছে, তথায় ডাং হাস প্রভৃতি হস্তনিপুণ চিকিৎসকেরা কষ্টিক পেন্সিলের সূক্ষ্ম অগ্রভাগ উক্ত ফোল্ডে বুলাইয়া ও তৎক্ষণাৎ সেই স্থান সাধারণ লবণ-মিশ্রিত জল দ্বারা ধৌত করিয়া কষ্টিকের অপরিমিত উগ্রতা খর্ব্ব করত রোগের অনেক উপশম করেন।

গ্রানিউলার লিড্স অথবা কোন প্রকার প্রবল কঞ্জংটিভাইটিস রোগজ স্থলে, সেই সেই কঞ্জংটিভাইটিস রোগ চিকিৎসা করিলেই কর্ণিয়ার ক্ষত রোগের যথেষ্ট চিকিৎসা করা হয়।

মিউকো-পিউরিউলেণ্ট কঞ্জংটিভাইটিসের সঙ্গে কর্ণিয়ায় ক্ষত হইলে, পাতা উণ্টাইয়া তথায় প্রত্যহ একবার করিয়া কষ্টিক লোশন (১০ গ্রেণ, জল ১ ঔন্স) প্রলেপিত করিয়া উপকার পর্য্যবেক্ষণ করা উচিত। এইরূপে অন্যান্য কঞ্জংটিভাইটিস রোগজ হইলে, সেই সেই কঞ্জংটিভাইটিসের চিকিৎসা করিলে, এই ক্ষত রোগও আরোগ্য হইয়া থাকে। কিন্তু, এরূপস্থলে কষ্টিক বা

কপার লোশন-স্বরূপে চক্ষুতে পাতিত করা বৈধ নহে। সলফেট অব কপার স্পর্শনও বৈধ নহে। লেড লোশনে ক্ষতস্থানে লেড সঞ্চিত হইয়া পড়ে। চক্ষুতে পূয়স্রাব থাকিলে, তথায় কীটাণু বর্ত্তমান থাকে বলিয়া, এরূপ রোগজ স্থলে, চক্ষু প্যাড ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা আবদ্ধ রাখা কদাচ উচিত নহে; বরং পর্দ্দা ব্যবহার করা উচিত। তদ্ব্যতীত স্থলে উষ্ণ জলে তুলা বা লিণ্ট ভিজাইয়া তাহা মুহুর্মুহু মুদিত পুটোপরি পটিরূপে ব্যবহৃত হইতে পারে; এবং মধ্যে মধ্যে শুষ্ক অধিক তুলার দ্বারা সেই পটি ঢাকিয়া রাখিতে ব্যবস্থা দিতে পারা যায়। পূয়স্রাবে বাইক্লোরাইড, কার্বলিক, বোবাসিক বা কুইনাইন লোশনে (১০, ২১, ২২, ২৬ ব্য) চক্ষুর অন্তর্দ্দেশ ধৌত করা অত্যাবশ্যক।

পাতা অধিক দিন পর্য্যন্ত মুদ্রিত থাকিলে, ভ্রূদেশে এবং ললাটের নিম্নদেশে এক দিবস অন্তর ব্লাস্টিক লাগাইলে, পাতার উন্মিলন পক্ষে বিশেষ উপকার দর্শে। প্যারাসেণ্টেসিস্ অস্ত্রসাধনে এবং তৎসঙ্গে সঙ্গে উপযুক্ত ঔষধে আরো উপকার পাওয়া যায়।

দীর্ঘস্থায়ী ও অপ্রদাহিত অলস ক্ষত রোগে, বলকারক ঔষধ সেবন, পুষ্টিকর আহার এবং চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন প্রদান ও বেলেডোনা প্রলেপ দিয়া, ব্যাণ্ডেজ বন্ধনের সঙ্গে সঙ্গে সেঁক প্রদান করিয়া কিয়ৎপরিমাণে প্রদাহ আনয়ন করা বৈধ। সেঁকের পরিবর্ত্তে উত্তপ্ত কম্প্রেসও বন্ধন করা যায়। এইরূপ অলস ক্ষত রোগে এবং রোডেণ্ট (Rodent) ক্ষত রোগে গ্যাল্‌ভানো-কটারি লাগাইলে ১০।১৫ দিনের মধ্যে ক্ষতরোগ আরোগ্য হয়। সাধারণত একবার মাত্র কটারি লাগাইয়া ক্ষত আরোগ্য হইয়া যায়। কিন্তু, কোন স্থানেই তিন বারের বেশী লাগাইতে হয় না। ক্ষতস্থানে ক্যালোমেল অথবা ক্ষীণ ইয়োলো অয়েণ্টমেণ্ট (৭৩, ৭৪ ব্য) অথবা য়্যাট্রোপীনের সহিত উক্ত মলম প্রয়োগ করিলেও, এই প্রদাহ সমাবেশিত হয়, এবং তদ্দ্বারা সত্বর এরূপ আরোগ্য হয় যে, এই রোগ পুনঃপ্রত্যাবৃত্ত হইতে পারে না। পাতলা ক্ষতরোগে য়্যাট্রোপীন-ইয়োলো অয়েণ্টমেণ্ট এবং ক্যালোমেল ব্যবহারই যথেষ্ট। আলোক অত্যন্ত অসহ্য-বোধ হইলে এবং তাহা কোন ঔষধে উপশম করা দুঃসাধ্য হইলে ও কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ বন্ধনে ক্ষত আরোগ্য হইবার বাধা ঘটিলে, ডাং কার্টার সাহেব কর্ণদিকস্থ পুটসন্ধিস্থান কিঞ্চিৎ চিরিয়া দিয়া সেই আলোকভীতি সত্বর নিবারণ

ও ক্ষত আরোগ্য হইবার বিলক্ষণ সুবিধা করিয়া দেন। রক্তশিরাসমাবিষ্ট দীর্ঘস্থায়ী ক্ষতরোগে অন্যান্য সমুদয় উপায় বিফল হইলে, ডাং ক্রিচেট্ সাহেব, রগে সিটন ব্যবহার করিতে অনুমতি দেন। কপোলদেশে সিটনজনিত ক্ষতচিহ্ন থাকিবে না বলিয়া, তৎপার্শ্বস্থ ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র কেশের নিম্নে এই সিটন পরিহিত হইয়া থাকে; এবং এই কার্য্যে প্রায় ১ ইঞ্চি পরিমিত স্থানের ত্বক্ অবরুদ্ধ হয়। উক্ত স্থানের কেশাকর্ষণ করিয়া অতিসাবধানে নিডল প্রবেশ করান উচিত। নতুবা টেম্পোরাল আর্টারি অথবা তাহার কোন শাখা আঘাতিত হইয়া রক্তস্রাব হইতে পারে; সুতরাং কতিপয় দিবস পর্য্যন্ত তথায় এই সিটন প্রয়োগ করিতে পারা যায় না। রক্তস্রাবসত্ত্বেও সিটন পরিধান করিলে, উক্তস্থানে পুনর্ব্বার রক্তস্রাব হইবার সম্ভাবনা থাকে; এবং মস্তকে রক্ত-জমাট বাঁধে বা তথায় স্ফোটক হইতে পারে। মাসাবধি প্রাতঃসন্ধ্যা এই সিটনের ড্রেসিং এবং সঞ্চালনাদি করিয়া উপকারিতা অপেক্ষা করিতে হয়; এবং উপকার বোধ হইলে, দীর্ঘকাল, এমত কি, ক্ষত আরোগ্য হইলেও কিছু দিবস পর্য্যন্ত, উহা ব্যবহার করা উচিত। সিটন ব্যবহারের সঙ্গে সঙ্গে ব্যাণ্ডেজ বন্ধন, আফিঙ্গ সেবন, য়্যাট্রোপীন প্রদান প্রভৃতি ঔষধাদিও ব্যবস্থিত হয়; এবং কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজে চক্ষুতে গরমবোধ ও অসুখকর হইলে, তৎপরিবর্ত্তে মুদিত পুটোপরি প্রত্যহ ৩।৪ বার বরফ অথবা শীতল জল ও কোল্ড লোশনাদি (৩২ ব্য) প্রয়োজন হইতে পারে। সিটনের পরিবর্ত্তে রগে ও কর্ণ পশ্চাতে পর্য্যায়ক্রমে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ব্লিষ্টার লাগাইতে পারা যায়।

ক্ষতসংস্কার হইতে থাকিলে অর্থাৎ ক্ষতস্থানে রক্তশিরা সমাবিষ্ট হইতে থাকিলে, চক্ষুতে উপর্য্যুক্ত ঔষধাদি প্রদান এবং ঔষধ ও আহারাদি দ্বারা শরীরের বলাধান করা ব্যতীত, বিশেষ প্রয়োজন না হইলে, অন্য কোনরূপ চিকিৎসা করা বৈধ নহে। কারণ, এরূপ অবস্থায় আর ক্ষতবৃদ্ধি হয় না। বাইক্লো-রাইড অথবা বোরাসিক এসিড লোশন (১০, ২২ ব্য) এই রোগে বিশেষতঃ চলিষ্ণু ক্ষত রোগে চক্ষুতে ব্যবহৃত হইতে পারে। ব্যাণ্ডেজ বন্ধনে, চক্ষুতে আলোক প্রবিষ্ট হইতে এবং পুনঃপুনঃ পুট উন্মীলন-নিমীলনে কর্ণিয়া ঘর্ষিত হইতে পারে না; এবং অপর চক্ষুটী পর্দ্দা দ্বারা ঢাকা থাকিলে, সমবেদনা-ক্রমে পীড়িত চক্ষুতে আলোক প্রতিফলিত হয় না; সুতরাং চক্ষু বিশ্রান্তভাবেই থাকে

ও ক্ষত আরোগ্য হইবার কোন বাধা ঘটে না। য়্যাট্রোপীনে চক্ষুর বেদনা ও উত্তেজনা, আইরিসের প্রদাহ এবং চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি নিবারিত হয়; সুতরাং ক্ষত ফাটিয়া যাইবার বাধা ঘটে; এবং আফিঙ্গাদি সেবনে স্নায়ু ও রক্তশিরাদির উত্তেজনা এবং চক্ষুর বেদনা নিবারিত হইয়া রোগী সুনিদ্রিত হইতে পারে। বলবৃদ্ধিতে কর্ণিয়ার পরিপোষণবৃদ্ধি ঘটিয়া ক্ষত শীঘ্র আরোগ্য হইয়া যায়।

উৎকীর্ণ ও অর্দ্ধচন্দ্রাকার ক্ষত রোগে কার্বলিক লোশনে (৩ মিনিম, জল ১ঔন্স) ২ ঘটা অন্তর চক্ষু ধৌত করিয়া ও চক্ষুর মধ্যে ২।১ ফোটা দিয়া শোষক তুলা দিয়া চক্ষু ব্যাণ্ডেজে বদ্ধ করিয়া তদুপরি কুইনাইন লোশন (২১ ব্য) দিয়া ভিজাইয়া রাখা ও কুইনাইনের সঙ্গে আফিঙ্গ সেবন (৪।৬ ঘণ্টা অন্তর), মিক্‌ষ্ট সিনা কম্পাউণ্ড দ্বারা কোষ্ঠ পরিষ্কার রাখাও আর এক প্রকার চিকিৎসা। এরূপস্থলে চক্ষুতে এসারীন লোশন ব্যবহার করিতে হয়। যাহাহউক, বিজ্ঞ চিকিৎসক স্বকীয় অভিজ্ঞতানুসারে প্রত্যেক স্থলে ঔষধাদি নির্ব্বাচন করিয়া থাকেন।

গভীর এবং অলস ক্ষত রোগে ও হাইপোপিয়ন হইলে এবং উপর্যুক্ত চিকিৎসাদি দ্বারা পীড়া আরোগ্য না হইলে, পাছে চক্ষুর আভ্যন্তরীণ প্রতিচাপে ক্ষতস্থানস্থ পাতলা কর্ণিযা ফাটিয়া তদানুষঙ্গিক বিপদ উপস্থিত করে, এই আশঙ্কায় প্যারাসেণ্টেসিস (Paracentesis), আইরিডেক্টমি অথবা ডাং সেমিশের অস্ত্রসাধন (১২৯ পৃষ্ঠা দেখ) অত্যাবশ্যক।

প্যারাসেণ্টেসিস করিতে হইলে, চক্ষুকে কোকেন দিয়া অসাড় এবং পৃথিবীর সহিত সমতল ভাবে শায়িত রোগীর পুটদ্বয় স্পেকুলম দিয়া বিস্ফারিত রাখিয়া ও উর্দ্ধদিকে চক্ষুকে ফর্সেপ্স দ্বারা ধরিয়া স্থির রাখিয়া নিম্নদিকে স্ক্লেরা ও কর্ণিয়ার সন্ধিস্থলে একখানি ত্রিভূজাকার কেরাটমী ছুরিকা বিদ্ধ করিয়া দিতে হয়। অতঃপর অক্ষিগোলকের কেন্দ্রাভিমুখে অর্থাৎ উহার উপরি সমকোণভাবে উহাকে আস্তে চাপিয়া চক্ষু বিদ্ধ করিতে হয়। যখন অস্ত্রখানির অগ্রভাগ য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারে প্রথম প্রবিষ্ট হয়, তখন তৎক্ষণাৎ উহাকে আইরিসের সম্মুখে আইরিস ও লেন্সকে আঘাতিত না করিয়া আইরিসের সমান্তর ভাবে উর্দ্ধদিকে চালিত করিতে হয়। যখন কর্ণিয়ায় ৩ কিম্বা ৪ মিলিমিটার পরিমাণে বিদারণ হইবে, তখন অস্ত্রখানির ফলক কর্ণিযা ঘেঁসিয়া অর্থাৎ লেন্স, আইরিস

ও কর্ণিয়াকে আঘাতিত না করিয়া আস্তে আস্তে চক্ষু হইতে খুলিয়া লইতে হয়। পূর্ব্বে এই অভিপ্রায়ে ক্ষতস্থানের গভীর তলদেশে একটী সূক্ষ্ম নিড্‌ল্‌ প্রবেশিত করত অতিসাবধানে আস্তে আস্তে য়্যাকিউয়স নিঃসৃত হইতে দেওয়া হইত; এবং প্রয়োজন মতে, মধ্যে মধ্যে কতিপয় বার এইরূপ অস্ত্রসাধন করিতেও হইত; এবং দূরবিস্তৃত ক্ষত ও হাইপোপিয়ন রোগে অপেক্ষাকৃত কিঞ্চিৎ স্থূল নিড্‌ল্‌ দ্বারা কর্ণিয়ার প্রান্তদেশে ঐরূপ অস্ত্রোপচার হইত। যাহাহউক, অস্ত্রসাধনের পর, চক্ষু কম্প্রেস দ্বারা আবদ্ধ রাখিতে হয়; এবং প্যারাসেণ্টেসিসের পরিবর্ত্তে আইরিডেক্টমী (আইরিসের পীড়া দেখ) অথবা সেমিশের প্রক্রিয়া অবলম্বন করাই শ্রেয়ঃ। গুরুতর স্থল সকলে গ্যাল্‌ভানো-কটারি প্রভৃতি ঔষধাদির প্রয়োগ বিফল হইলে, উপর্য্যুক্ত কোনরূপ অস্ত্রসাধন করাই বিধিসঙ্গত। কিন্তু, সেমিশের অস্ত্রসাধনের পরিবর্ত্তে এক্ষণে কটারি ব্যবহার হইতেছে। ঐ অস্ত্রসাধন তাদৃশ ফলপ্রদ নহে। কটারি ব্যবহারের পূর্ব্বে চক্ষু কোকেন দিয়া অসাড় রাখিতে হয়। সামান্যতর স্থলসকল ঔষধাদিতে প্রায়ই আরোগ্য হইয়া থাকে। গ্যালভানো-কটারি বা প্যাকেলীন দ্বারা দগ্ধ করিবার পূর্ব্বে ধারাল স্পুন দিয়া ক্ষত স্থান অগ্রে চাঁচিয়া, পরে দগ্ধ করা ও পরে আইডোফর্ম্ম বা বোরাসিক এসিড ব্যবহার করা উচিত। অগ্রে ক্ষতের কিনারা ভালরূপে দগ্ধ করিয়া পরে ক্ষতের মধ্যস্থল দগ্ধ করা উচিত।

দুর্দ্দম্য ক্ষত রোগে কখন কখন পর্য্যায়ক্রমে ঠাণ্ডা ও উষ্ণতা দ্বারা রক্ত-গতিবিধির পরিবর্ত্তন ঘটাইয়া কর্ণিযার পরিপোষণের সহায়তা করা যায়।

ক্ষত পচনশীল ও বিস্তৃত হইতে থাকিলে এবং পাংশুবর্ণ হইলে এবং সার্পিজিনস এবং হাইপোপিয়ন ক্ষত রোগে আইডোফর্ম বিশেষ উপকারক। আইডোফর্ম্ম মলম (৭৬ ব্য) প্রত্যহ ৩।৪ বার অথবা অতি চূর্ণ আইডোফর্ম্ম প্রত্যহ দুইবার উভয় পুটের মধ্যে ছড়াইয়া অঙ্গুলি দ্বারা পাতা চাপিয়া অল্পে অল্পে সরাইয়া চক্ষুতে শোষণ করিয়া দিতে হয়; এবং তাহাতে কোন কষ্ট হয় না। এই সঙ্গে য়্যাট্রোপীন বা এসারীন এবং সেঁকাদির ব্যবস্থাও করিতে হয়। কিন্তু, পূয় অতিরিক্ত হইলে অস্ত্রদ্বারা বহির্গত করিয়া দিতে হয়। বোরাসিক এসিডও এইরূপে এইরূপ স্থলে ব্যবহার হয়। চলিষ্ণু ক্ষত রোগে বাইক্লোরাইড লোশন উপকারজনক।

আঘাতজ স্থল ব্যতীত অন্যান্য স্থলে, রোগী শারীরিক অতি দুর্ব্বল থাকে বলিয়া, এই রোগে বলকারক খাদ্য এবং বলকর ও উত্তেজক ঔষধ সেবন সর্ব্বথা ব্যবস্থনীয়। শরীর সুস্থ থাকিলে, কিঞ্চিৎ এমোনিয়ার সঙ্গে আয়রণ ও ষ্ট্রীকনিয়া প্রভৃতি ঔষধ (১৪০, ১৪২, ১৫২, ১৫১, ১৮০ ব্য) এবং কুইনাইন, কড্-লিভার অয়েল প্রভৃতি সেবন করা যাইতে পারে। অতি বৃদ্ধদিগের পক্ষে, সিরপ ফেরি আওডিড এবং লাইকর ফেরি ডায়েলিসাটও বিশেষ উপকার করিতে পারে। সামান্য ক্ষত রোগে, বালকদিগকে পল্‌ভ্ রিয়াইয়ের সঙ্গে হাইড্রার্জ কম্ ক্রিটা (৯০ ব্য) ২।১ দিবস অন্তর রাত্রিকালে সেবন করিতে দিলে, প্রয়োজনমত উপকার পাওয়া যায়। গাত্র উষ্ণ ও জিহ্বা লেপযুক্ত ও রুক্ষ থাকিলে, স্যালাইন মিক্‌শ্চার (১০১, ১১৪ ব্য) অথবা টার্টার এণ্টিমনি মিক্‌শ্চার (১৬১, ৯৬ ব্য) সেবন করিতে লসন প্রভৃতি বিজ্ঞতম ডাক্তারগণ অনুমোদন করেন।

কর্ণিয়া পচিলা অথবা ক্ষতস্থান বিদারিত হইয়া আইরিসের বহিঃসরণ প্রভৃতি যে যে দুর্ঘটনা ও উপসর্গ উপস্থিত হয়, তাহার চিকিৎসা সেই সেই প্রকরণে প্রকটিত হইবে। যদি চক্ষুর অভ্যন্তরস্থ সমস্ত পদার্থ নিঃসৃত হইয়া পড়ে, তবে চক্ষুকে পরিষ্কার-পরিচ্ছন্ন রাখিয়া, শীতল জল ও কার্বলিক এসিড এবং ক্লোরাইড অব জিঙ্ক ড্রেসিং প্রভৃতি ব্যবস্থনীয়, এবং শারীরিক চিকিৎসার জন্য যখন যাহা প্রয়োজন হইবে, তখন তাহা ব্যবস্থিত হইয়া থাকে। ক্ষতস্থানের আয়তন ও অবস্থানাদি বুঝিয়া, এই রোগে য্যাট্রোপীনের পরিবর্ত্তে এক্‌ষ্ট্রাক্ট ওপিয়ম, এক্‌ষ্ট্রাক্ট ক্যালাবার বীন অথবা এসারীন, ডিউবয়েসীন, পাইলো-কার্পাইন, ধাতুরীন, হাইওসিন, জেলসিমিন প্রভৃতি লোশন (২৭, ৪৩, ৪৪, ৪৭, ৪৯, ৫০, ৫১, ১০৮ ব্য) ব্যবস্থা করা যায়। কিন্তু, তৎসমুদায়ই চিকিৎসকের অভিজ্ঞতার উপর নির্ভর করে। রোগ আরোগ্য হইলে, যদি কিয়দংশ কর্ণিয়া সুস্থ থাকে, তবে কৃত্রিম তারা করিয়া ভবিষ্যতে দৃষ্টির কিঞ্চিৎ সুবিধা দেখা উচিত।

ফিশ্‌চুলা (FISTULA.)

এই রোগে কর্ণিয়া একটী অতি সূক্ষ্ম ছিদ্র দ্বারা তির্য্যগ্‌ভাবে এরূপ ছিদ্রিত থাকে যে, তন্মধ্য দিয়া য্যাকিউয়স অনবরত বিন্দু বিন্দু পতিত হইতে থাকে। কিয়দ্দিবস রুদ্ধ থাকিয়া এই য্যাকিউয়স পুনর্নিঃসৃত হয় বলিয়া, এই রোগ সহজে আরোগ্য হয় না, এবং আরোগ্য না হইলে, পরিশেষে সাইনেকিয়া এবং আইরিডো-কোরইডাইটিস্ প্রভৃতি বিপদাবহ রোগ ঘটিতে অথবা চক্ষু চুপসিয়া যাইতে পারে। গভীর ক্ষত রোগে, অথবা কোন আঘাতে ছিদ্রিত হইয়া ও তৎসঙ্গে লেন্স আঘাতিত হইলে, অথবা কোন পদার্থ প্রবেশনে কর্ণিয়ায় এই রোগ ঘটে।

ফিশ্‌চুলা পরীক্ষা করিতে হইলে, অক্ষিপুট বিস্ফারিত রাখিয়া, কর্ণিয়ার যে স্থানে ফিশ্‌চুলা সন্দেহ করা যায়, সেই স্থান এক খণ্ড ব্লটিং কাঁগজ অথবা কোমল বস্ত্র দ্বারা অনার্দ্র করিয়া, অথবা আস্তে আস্তে অক্ষিগোলকে অঙ্গুলি দ্বারা প্রতিচাপ প্রদান করিলে, দেখিতে পাওয়া যায় যে, অল্পক্ষণ মধ্যেই উক্ত স্থান পুনর্ব্বার আর্দ্র হইয়াছে।

চিকিৎসা।—এই নালী উপশম করা অতিশয় দুষ্কর। প্রারম্ভ সময়ে কিয়দ্দিবস পর্য্যন্ত চক্ষুতে উগ্রবল য্যাট্রোপীন প্রভৃতি প্রদান ও ব্যাণ্ডেজাদি দ্বারা চক্ষু আবদ্ধ রাখায় এই রোগ উপশমিত না হইলে, যাহাতে ভয়ানক প্রদাহ উপস্থিত না হয়, এরূপ সাবধানে, উক্ত নালীমুখে কষ্টিক পেন্সিল অথবা ইলেক্ট্রো-কটারি স্পৃষ্ট করা উচিত। নাইট্রেট অব সিলভারে স্পৃষ্ট উষ্ট্রলোম তুলিকা দ্বারাও এই কার্য্য সমাধা হইতে পারে। ২।১ দিবস অন্তর কিছু দিবস পর্য্যন্ত এইরূপ চিকিৎসায় আরোগ্য না হইলে এবং চক্ষুতে গ্লকোমা রোগজ বিতান-বৃদ্ধি থাকিলে, সত্বর আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন করা শ্রেয়ঃ। ক্যাটার্‌যাক্ট অথবা সাইনেকিয়া বিদ্যমান থাকিলে, এই আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন সময়ে তত্তৎ রোগোপশম করিবার চেষ্টা করাও উচিত। ডাং ম্যাকনামারা সাহেব আইরিডেক্টমীর পরিবর্ত্তে এই রোগে নিম্নলিখিতমতে অস্ত্রসাধন করিতে বলেন।

"ক্লোরোফর্ম্মে অচেতন অথবা কোকেনে অসাড়-চক্ষু ও উর্দ্ধমুখে শায়িত

রোগীর অক্ষিপুট বিস্ফারিত রাখিয়া, একটী তীক্ষ্ণধার ও স্থূলাগ্র নিডল উক্ত ফিশ্চুলার ভিতর প্রবেশিত করিয়া উর্দ্ধ হইতে নিম্ন এবং এক পার্শ্ব হইতে অপর পার্শ্ব পর্য্যন্ত কর্ণিয়ার সমুদায় বেধ আড়া-আড়ি চিরিয়া দিলে, কর্ত্তিত প্রান্তদ্বয় সত্বর স্বস্থানে প্রত্যাবৃত্ত হয়; এবং য়্যাট্রোপীন ও কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজাদি বন্ধনে ৪৮ ঘণ্টার মধ্যেই তাহারা পরস্পর সংযুক্ত হইয়া উক্ত ফিশ্চুলাকে আরোগ্য করে।" কেহ কেহ চক্ষুতে এসারীন লোশন (৪৯ ব্য) প্রয়োগ করিয়াও এই রোগ আরোগ্য করিযাছেন।

হার্ণিয়া (HERNIA)

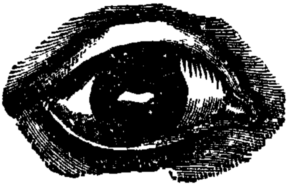
কর্ণিয়ার বাহ্য স্তর ক্ষত দ্বারা বিনাশিত হইলে, তৎপশ্চাদ্বর্ত্তী স্তর অক্ষুণ্ণ থাকিয়া, চক্ষুর আভ্যন্তরীণ প্রতিচাপে উক্ত ক্ষতবিনাশিত স্থানের মধ্য দিয়া স্বচ্ছাবস্থায় উন্নতাকারে বহির্গত হইয়া আসিলেই তাহাকে কর্ণিয়ার হার্ণিয়া রোগ কহে।—কর্ণিয়ার এই পশ্চাদ্বর্ত্তী স্তর অতিশয় পাতলা, সুতরাং সামান্য চাপবৃদ্ধিতে ফাটিয়া তন্মধ্য দিয়া আইরিস বহির্গত হইয়া পড়ে বলিয়া, এই রোগের স্থায়ীকাল অত্যল্প মাত্র।

চিকিৎসা।—প্যারাসেণ্টেসিস্ অস্ত্রসাধনে য়্যাকিউয়স নিঃস্রবণ এবং চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন বা কোকেন প্রদান ও কম্প্রেস বন্ধন এই রোগের চিকিৎসা। ক্ষতস্থানে নূতন টিস্যু উৎপন্ন না হইলে, ক্রমাগত এই চিকিৎসার বশবর্ত্তী হওয়া উচিত। ক্ষত শুখাইতে না থাকিলে, ব্যাণ্ডেজ বন্ধনের পূর্ব্বে ক্ষতস্থানের সীমাভাগে ডায়েলিউট কষ্টিক পেন্সিল স্পৃষ্ট করিয়া, পরিমিত প্রদাহে তৎস্থান উদ্রিক্ত করিয়া দিতে হয়। আইরিস বহির্গত না হইলেও হার্ণিয়া আরোগ্য হইলে, ক্ষতস্থান চিরকলঙ্কিত থাকে।

অস্বচ্ছতা (OPACITY.)

উৎপাদক কারণ অনুসারে, অবস্থান, আয়তন, স্থায়ীত্ব এবং ঘনতাভেদে আমরা কর্ণিয়ায় বহুবিধ অস্বচ্ছ কলঙ্ক অবলোকন করিয়া থাকি। চিকিৎসার সুবিধার নিমিত্ত, পাংশুবর্ণের পাতলা দাগ, যাহা কর্ণিয়ার কেবল উপরিভাগ-

মাত্র আবরণ করে, তাহাকে নেবিউলি (Nebulœ) শব্দে উল্লেখ করা যায়।



আর মুক্তার ন্যায় অস্বচ্ছ যে ঘন দাগ কর্ণিয়ার প্রকৃত টিসু পর্য্যন্ত কলঙ্কিত করে, তাহা লিউকোমা (Leucoma) শব্দে ব্যক্ত হয়। (পার্শ্বস্থ চিত্র দেখ)।

কারণ।—কেরাটাইটিস্ ও কর্ণিয়ার ক্ষত রোগ আরোগ্যান্তে এবং গ্রানিউলার লিড্স্, এন্ট্রোপিয়ন ও ট্রাইকিয়েসিস্ রোগে, পুট অথবা পক্ষ্ম ঘর্ষণে সচরাচর এই রোগ জন্মে। আইরাইটিস্, কোরইডাইটিস এবং গ্লকোমা প্রভৃতি রোগেও কর্ণিয়ার অন্তর্দ্দিকস্থ স্তরে এবম্বিধ শাদা দাগ জন্মিতে পারে। কিন্তু, অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র ব্যতীত সহজ চক্ষুতে তাহা সম্যক্ দৃষ্টিগোচর হয় না। গভীর ক্ষতরোগে, কর্ণিয়া ফাটিয়া তথায় আইরিস সংযুক্ত হইয়াও ঘন অস্বচ্ছতা জন্মে। কার্বনেট অব লাইম ও পার্থিব পদার্থাদি সঞ্চিত হইয়াও কর্ণিয়া ঈষৎ পাটল অথবা কৃষ্ণবর্ণে চিত্রবিচিত্রীকৃত হইয়া থাকে। কোন প্রকার বৃক্ষনির্য্যাস বা ক্ষারপদার্থ এবং গুঁড়া অথবা কলি চূর্ণ চক্ষুতে পতিত হইয়া, এবং ঘৃষ্ট বা ক্ষতযুক্ত কর্ণিয়ায় লেড লোশন ব্যবহৃত হইয়া, কর্ণিয়ায় শাদা দাগ পড়ে। অপিচ, বহুদিবস কষ্টিক ব্যবহারেও কর্ণিয়া কাল হইয়া যায়, ইহারও বিশিষ্ট প্রমাণ পাওয়া গিয়াছে।

পরিণাম।—রোগীর বয়স, শারীরিক স্বাস্থ্য, রোগের স্থায়ীকাল, অবস্থান, আয়তন ও ঘনতা ইত্যাদি অনুধাবন করিয়া এই রোগের পরিণাম নির্দ্দেশ করা উচিত। রোগী অল্পবয়স্ক, বলিষ্ঠ ও দৃঢ়িষ্ঠ হইলে, গভীর ক্ষতরোগজ অস্বচ্ছতাও কালবশে এরূপ আরোগ্য হইতে পারে যে, রোগের কোন চিহ্ন থাকে না। পীড়া স্বল্প দিনের হইলে, প্রদাহজাত ও উপরিভাগ-বদ্ধ সামান্য পাতলা অস্বচ্ছতা ৫।৬ মাসের মধ্যেই আশোষিত হইয়া সম্পূর্ণ আরোগ্য হইতে পারে। ঘন অস্বচ্ছতা একেবারে অপনীত করা অতি কঠিন কার্য্য, বিশেষত চক্ষুর তারার সম্মুখস্থ কর্ণিয়া অস্বচ্ছ হইলে, সেই অস্বচ্ছতার আয়তন ও ঘনতা অনুসারে সুস্পষ্ট দৃষ্টিরও ব্যাঘাত ঘটে; এবং দৃষ্টির এবম্বিধ ব্যাঘাতে চক্ষুর দর্শনোপযোগিতার গোলযোগ ঘটিয়া নিকটদৃষ্টি,

তির্য্যগ্ দৃষ্টি (টেবা) ও লেন্সঘূর্ণন প্রভৃতি রোগও ঘটে। ঘন লিউকোমা দ্বারা চক্ষুর দৃষ্টিশক্তি কিছুকাল বিনাশিত থাকিলে, রেটিনার চেতনা শক্তি ক্রমে বিনাশিত হইয়া চক্ষু একেবারে দৃষ্টিজ্ঞানবিবর্জ্জিত হইয়া পড়ে। সুতরাং তখন কৃত্রিম তারা করিলেও কিছু উপকার হয় না।

চিকিৎসা।—ক্যালোমেল্, ট্যানিন, কুইনাইন এবং অতিচূর্ণ সল্ফেট্ অব সোডা ২।১ গ্রেণ ঊর্দ্ধ পুট উল্টাইয়া তথায় ব্রস দিয়া লাগান অথবা প্রত্যহ একবার মাত্র চক্ষুতে ধূলিবৎ প্রক্ষেপ, আইওডীন্, বাইক্লোরাইড্, ট্যানিন, পোটাসি আইওডাইড (৫ গ্রেণ, জল ১ঔন্স), সলফেট অব সোডা (১০ গ্রেণ, জল ১ঔন্স) টার্পিন তৈল এবং ভাইনম্ ওপিয়ম্ লোশন (১০, ২৫, ২৯, ২৭, ১৫৯, ১৬৪ ব্য) প্রত্যহ ২।৩ বার চক্ষুতে ফোটা ফোটা দেওয়া; রেড্ ও ইয়েলো অক্সাইড্ মলম (১৬৬, ৭৫, ৭৩ ব্য) প্রত্যহ একবার মাত্র নীচের পাতা উল্টাইয়া লাগান; এবং প্রয়োজনমতে কষ্টিক, কপার, জিঙ্ক ও এসিড বোরাসিক্ লোশনাদি (৩, ৪, ১৪, ২২ ব্য) বহুবিধ উত্তেজক ও য়্যাষ্টি-ঞ্জেণ্ট্ ঔষধ এই রোগোপশমনার্থে চক্ষুতে ব্যবহৃত হইয়া থাকে। কিন্তু, তন্মধ্যে কোনটীই এই রোগের অব্যর্থ মহৌষধ বলিয়া খ্যাত হইতে পারে না। উত্তেজক ঔষধ প্রয়োগে, কর্ণিয়ায় সামান্য প্রদাহ উপস্থিত হইয়া, তদুপরিস্থ পাতলা দাগ গুলি আশোষিত হওত বিলুপ্ত হইতে পারে; সুতরাং তদ্বিধস্থলেই উহা বিশেষ উপকারক। কিন্তু, ঐ সকল ঔষধে স্তরাভ্যন্তরস্থ ঘন অস্বচ্ছতা আরোগ্য হইতে পারে না। যাহাহউক, চক্ষুতে কোনরূপ উত্তেজনা না থাকিলেই, ঐ সকল ঔষধ ব্যবহৃত হইতে পারে। কিন্তু, উত্তেজনা ও রক্তাধিক্য থাকিলে, কিম্বা ঐ সকল ঔষধাদি প্রয়োগে তাহা ঘটিলে, তদ্ব্যবহার স্থগিত রাখিয়া, অগ্রে য়্যাট্রোপীন, বেলেডোনা ও এসিড বোরাসিক প্রভৃতি ঔষধে তন্নিবারণ করা আবশ্যক; পরে উহারা পুনর্ব্বার ব্যবহৃত হইতে পারে। প্রথমে কতিপয় দিবস চক্ষুতে ক্যালোমেল প্রভৃতি গুঁড়া ঔষধ সহ্য হইলে, পরে কিছু দিবস রেড্ অথবা ইয়েলো অক্সাইড্ অব মার্কারি অয়েণ্টমেণ্ট ব্যবহার করা উচিত, এবং প্রয়োজনমতে উহাদিগকে পরস্পর পরিবর্ত্তন করিতে হয়। কারণ, এই সকল ঔষধের কোন ঔষধ কিছুকাল ব্যবহার করিয়া সামান্য উপকার হইলে, চক্ষু উহার ব্যবহার সহ্য করিয়া ফেলে;

সুতরাং অতঃপর অধিক দিবস ব্যবহার করিয়াও তদ্দ্বারা আর অধিক বিশেষ উপকার পাওয়া দুর্ঘট হইয়া পড়ে। এই নিমিত্ত, মধ্যে মধ্যে উপর্য্যুক্ত ঔষধ সকলের কোন না কোন ঔষধ পরিবর্ত্তন করিয়া, পরে উহা পুনর্ব্যবহার করা উচিত। এই সকল ঔষধের সঙ্গে সঙ্গে প্রত্যহ এক বার চক্ষুতে ক্ষীণ য়্যাট্রোপীন বা এসারীন লোশন ব্যবহার করা অতীব প্রয়োজনীয়। কারণ, তাহাতে চক্ষুর বিতানবৃদ্ধির লাঘব হয় বলিয়া, আশোষণ ক্রিয়ারও অনেক সাহায্য হইয়া থাকে। চক্ষুতে অতিসাবধানে হাইড্রোসায়েনিক এসিডের বাষ্প লাগানও এই রোগের একটী বিশেষ চিকিৎসা, ইহা ডাং মেকেঞ্জি বলেন।

কষ্টিক লোশনজনিত কাল দাগ দূরীকরণার্থে চক্ষুতে ক্ষীণ সায়েনাইড অব পোটাসিয়ম লোশন (১.গ্রেণ, জল ১ঔন্স) এবং এসারীন লোশন (৪১ ব্য) প্রয়োগ করা যায়। তদ্ব্যতীত তদ্রূপ স্থলের অন্য কোন বিশেষ ঔষধ আবিষ্কৃত হয় নাই।

চক্ষুর তারার সম্মুখস্থ কর্ণিয়া হইতে এসিটেট অব লেড্ অথবা কোন পার্থিব পদার্থ সমাবিষ্ট অস্বচ্ছতা এক খানি ক্যাটারাক্ট ছুরিকা দ্বারা চাঁচিয়া লওয়া উচিত। এই অস্ত্রসাধন যন্ত্রণাদায়ক বলিয়া রোগীকে ক্লোরোফর্ম্ম দ্বারা অচেতন অথবা চক্ষু কোকেন দিয়া অসাড় করা শ্রেয়ঃ, এবং পরিশেষে চক্ষুতে ২।১ ফোটা অলিভ অয়েল অথবা য়্যাট্রোপীন প্রদান করিয়া মুদিত পুটোপরি আর্দ্র লিণ্ট প্রদান অথবা ব্যাণ্ডেজ বন্ধনাদি করিতে হয়।

তারার সম্মুখস্থ হইলে, ফস্ফেট্ অব লাইম প্রভৃতি পার্থিব পদার্থ জনিত অস্বচ্ছতা একখানি স্ক্যাল্পেল দ্বারা চাঁচিয়া দিলে, দৃষ্টির ব্যাঘাত অপনীত হইতে পারে। এবম্বিধ স্থলে, ডাং পোপ সাহেব অস্বচ্ছতার পরিধিভাগে অতি সাবধানে এসেটিক্ এসিড্ স্পৃষ্ট করিয়া বিশেষ উপকার প্রদর্শন করিয়া থাকেন। দুই এক ঘণ্টা পরে, স্পৃষ্ট স্থান বিগলিত হইলে, তাহা সহজেই অপনীত করা যায়। প্রথম স্পর্শনে যদি পীড়িত ইপিথীলিয়মের তলভাগ পর্য্যন্ত সমস্ত অংশ বিনাশিত না হয়, তবে তৎসময়ে আবার পূর্ব্বাপেক্ষা অতি-সাবধানে উক্ত ঔষধ স্পৃষ্ট করিয়া দিতে হয়। ইপিথীলিয়ম পুনর্গঠিত না হইলে এবং চক্ষু হইতে উত্তেজনা তিরোহিত না হইলে, এই ঔষধ পুনর্ব্বার প্রয়োগ করা বৈধ নহে।

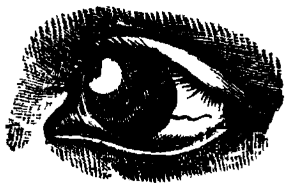
সম্প্রতি, মিউনিক নগরীয় ডাং রথমণ্ড, সাহেব ডিফিউজ কর্ণিয়াইটিস্ রোগাবিশিষ্ট রক্তশিরা-সমাবেশ-হীন ঘন অস্বচ্ছতায় কনজংটাইভার নিম্নে কদুষ্ণ লবণ জলের (সল্ট ২০।৩০ গ্রেণ, জল ১ড্রাম) ত্বগধঃ পিচকারি দিবার ব্যবস্থা দিয়া থাকেন। যাহাহউক, ঔষধাদিতে অস্বচ্ছতা তিরোহিত না হইলে, উপযুক্ত চস্‌মা ব্যবহার করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। ঘন অস্বচ্ছতায় দৃষ্টির ব্যাঘাত নিরাকরণার্থে আইরিডেক্টমী প্রভৃতি (আইরিসের রোগ চিকিৎসা দেখ) অস্ত্রসাধন দ্বারা রোগাবশিষ্ট স্বচ্ছ কর্ণিয়ার সমসূত্রে কৃত্রিম তারা প্রস্তুত করা যায়। এতদ্ব্যতীত ঔষধাদিতে তাহা আরোগ্য হয় না।

ঘন অস্বচ্ছতায় রোগীর শ্রীসম্পাদনার্থ ওয়েকার সাহেব উক্ত অস্বচ্ছ স্থানে ইণ্ডিয়ান ইঙ্ক কালি দ্বারা উল্‌কি দিবার ব্যবস্থা দেন। ইহাতে কর্ণিয়ার শাদা দাগ কৃষ্ণবর্ণ হইয়া রোগীর পূর্ব্বশ্রী সম্পাদন করে এমত নহে, তদ্দ্বারা চক্ষুতে আলোক প্রবেশনের বিশৃঙ্খলাও অনেক পরিমাণে হ্রাস হইয়া দৃষ্টির কিঞ্চিৎ সুবিধা ঘটে। উহা এইরূপে সমাধা করিতে হয়।—"অক্ষিপুট *বিস্ফারিত ও চক্ষু স্থির ও অসাড় রাখিয়া,* কর্ণিয়ার উপরিভাগে এতদ্দেশীয় ঘন মসি প্রলেপিত করিতে হয়। পরে, একত্র সম্বদ্ধ ২।৪টী নিড্‌ল দ্বারা তারার সম্মুখস্থ অথবা সমস্ত অস্বচ্ছ স্থান ক্রমান্বয়ে বিদ্ধ করিলে ও মসি শুষ্ক হইলে, চক্ষু মুদিত করিতে হয়। কেহ কেহ, একটী শূন্যগর্ভ তীক্ষ্ণাগ্র স্পডের অভ্যন্তরে এতদ্দেশীয় মসি নিবিষ্ট করিয়া তদ্দ্বারা অস্বচ্ছ কর্ণিয়ায় পরস্পর অতিনিকটবর্ত্তী ১৫।১৬ স্থানে তির্য্যক্‌ভাবে ইপিথীলিয়ম বেধ করিয়া প্রকৃত কর্ণিয়ার টিস্থ পর্য্যন্ত বিদ্ধ করিয়া থাকেন।" কতিপয় দিবস অন্তর ৭।৮ বার এইরূপ মসি প্রয়োগ করিলে, সমস্ত অস্বচ্ছ কর্ণিয়া কৃষ্ণবর্ণে রঞ্জিত হইয়া যায়। চক্ষুতে কৃত্রিম তারা করিলেও এইরূপ উল্কি দিবার রীতি আছে। আপিচ, অস্বচ্ছ কর্ণিয়া ছেদন করিয়া, তৎস্থানে ইতর জন্তুর সুস্থ কর্ণিয়া বসাইয়া দিবার ব্যবস্থাও আছে। কিন্তু, সচরাচর তাহাতে কোন উপকার দর্শে না।

স্ট্যাফিলোমা (STAPHYLOMA.)

ক্ষত বা অন্য কোন কারণে কর্ণিয়া পাতলা হইলে, অথবা আঘাতাদি দ্বারা উহাতে দূরায়ত ছিদ্র হইলে, উহা সুস্থাবস্থার ন্যায় চক্ষুর আভ্যন্তরীণ প্রতিচাপ

সহ্য করিতে না পারিয়া, সমস্ত অথবা কিয়দংশে, অল্প বা অধিক পরিমাণে, এক বা তদধিক স্থানে, আইরিস ও লেন্সের সহিত, অথবা তাহাদিগকে দূরে রাখিয়া, সম্মুখ দিকে ঠেলিয়া আইসে। ইহাকেই আমরা ষ্ট্যাফিলোমা অথবা সচরাচর চক্ষুর ডেলা বাহির হইয়াছে বলিয়া উল্লেখ করি (পার্শ্বস্থ চিত্র দেখ)। এই রোগে অল্প, অধিক অথবা সম্পূর্ণ দৃষ্টিনাশ হইয়া থাকে। ইহাতে রোগী দেখিতে বিশ্রী, পুটনিমীলনে কষ্ট এবং



সময়ে সময়ে সামান্য যাতনা উপস্থিত হয়; এবং সুস্থ চক্ষুটী এতদ্দ্বারা সচরাচর প্রদাহিত হইতে পারে। ষ্ট্যাফিলোমার উপরিভাগে ক্ষত ও য়্যাকিউয়স-নিঃসারক ফিশ্চুলা থাকিতে পারে। কখন কখন উহা ফাটিয়া তন্মধ্য দিয়া লেন্স ও ভিট্রিয়স প্রভৃতি চক্ষুর অন্তর্ভূত পদার্থ বহির্গত হইয়া পড়ে, এবং চক্ষু চুপ্‌সিয়া কোটরমগ্ন হয়।

চিকিৎসা।—ক্ষুদ্র ও অল্পদিনের হইলে, ষ্ট্যাফিলোমার তলদেশে কর্ণিয়াকে একটী স্থূল নিড্‌ল দ্বারা বিদ্ধ করিয়া য়্যাকিউস নিঃসৃত হইতে দেওয়া এবং য়্যাট্রোপীন বা এসারীন লোশন (৩৮, ৪৮ ব্য) প্রদান করিয়া চক্ষুকে কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজে আবদ্ধ রাখা উচিত। আইরিস জড়িত হউক, আর নাই হউক, আংশিক ষ্ট্যাফিলোমা কিঞ্চিৎ বৃহদাকারের হইলে, আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন দ্বারা চক্ষুর বিতান খর্ব্ব করা, কর্ণিয়া হইতে আইরিসকে বিশ্লিষ্ট রাখা এবং সুস্থ কর্ণিয়ার পশ্চাতে কৃত্রিম তারা প্রস্তুত করা পরামর্শসিদ্ধ। পীড়িত চক্ষুর দৃষ্টিসাধন করা দূরে থাকুক, কালবিলম্ব হইলে, উহাতে গ্লকোমা-রোগজ লক্ষণাদি উদিত হইয়া উভয় চক্ষুকেই বিপদাপন্ন করিতে পারে। যাহাহউক, আংশিক ষ্ট্যাফিলোমা রোগে দৃষ্টিনাশ হইলে, অক্ষিগোলকের বহিঃস্থ অংশ ছেদন করিয়া কৃত্রিম চক্ষু পরিধানের উপায় চেষ্টা করা যায়।

ষ্ট্যাফিলোমা যখন প্রথমে বর্দ্ধিত হইতে আরম্ভ হয়, তখন ২।৩ দিন অন্তর ষ্ট্যাফিলোমার সর্ব্বোচ্চ দেশে একটী প্রশস্ত নিড্‌ল প্রবেশিত করিয়া ক্যাপসিউল বিদারিত করত লেন্সপদার্থ ছিন্নভিন্ন করিয়া দিতে হয়। পরে,

নিড্‌ল ত্যাগ করিয়া তৎপরিবর্ত্তে তথায় একটী কিউরেটী প্রবিষ্ট করিয়া, যত লেন্সপদার্থ বহির্গত করিতে পারা যায়, তাহা করিলে, কালক্রমে ষ্ট্যাফিলোমা অদৃশ্য হইতে পারে। সম্পূর্ণ ষ্ট্যাফিলোমা হইলে, দৃষ্টি একেবারেই বিনষ্ট হইয়া যায়; সুতরাং অস্ত্রসাধনাদি দ্বারা রোগীর পুটমুদ্রণের সুবিধা, চক্ষুর যন্ত্রণার নিবারণ এবং কৃত্রিম চক্ষু পরিধানাদি দ্বারা যথাসাধ্য রোগীর পূর্ব্বশ্রী সম্পাদন করাই বৈধ। লেন্স নিষ্কাশন, অক্ষিগোলক নিষ্কাশন এবং চক্ষুর বহিঃস্থ অংশ ছেদন অথবা ট্রেফিন যন্ত্র ব্যবহার, এই ত্রিবিধ উপায়েই এই অভিপ্রায় সুসিদ্ধ হইয়া থাকে।

ট্রেফিন যন্ত্রের দ্বারা অস্ত্রসাধন কনিক্যাল কর্ণিয়ায় দেখ। অক্ষিকোটরের রোগবর্ণনায় অক্ষিগোলক নিষ্কাশন করিবার উপায় বর্ণিত হইবে। চক্ষুর বহিঃস্থ অংশ ছেদন (Abscission) করিতে হইলে, এক খানি বিয়ার্স ছুরিকা দ্বারা এক্স্‌টার্নেল পেশীর টেণ্ডনের সম্মিলন স্থানের কিঞ্চিৎ অগ্রে, ২ লাইন বিস্তৃত একটী চির দিয়া, তন্মধ্যে একখানি স্থূলাগ্র কাঁচি প্রবেশিত করিয়া, সমস্ত ষ্ট্যাফিলোমা দ্বিখণ্ডিত করিতে হয়। অগ্রে ষ্ট্যাফিলোমায়, ৪।৫টী নিড্‌লের সূত্র পরিহিত করিয়া রাখিলে, এক্ষণে তদ্দ্বারা ছিন্নস্থান পরস্পর মুখে-মুখে বন্ধন করিতে পারা যায়। অতঃপর শীতল জলের পটি ব্যবহার করিলে, পরিশেষে সেই চক্ষু কৃত্রিম চক্ষুর উত্তম আশ্রয়স্থান হইতে পারে। কিন্তু, দরিদ্র ব্যক্তিদিগের পক্ষে এবং উপযুক্ত চিকিৎসক-দুষ্প্রাপ্য দেশে, কৃত্রিম চক্ষু পরিধান করা বৈধ নহে। এইরূপে চক্ষুর বহিঃস্থ অংশ ছেদন করিয়া সমস্ত চক্ষুর প্রদাহে এবং পূযস্রাবে মেনিঞ্জাইটিস রোগে রোগীর মৃত্যু ঘটিতে পারে বলিয়া, ডাং মিউল কর্ণিয়া ছেদন করিয়া স্ক্লেরটিকের অন্তর্ব্বর্ত্তী কোরইড প্রভৃতি সমস্ত পদার্থ স্কুপ দিয়া বহির্গত করিয়া তথায় কাচের একটা গোলক প্রবিষ্ট করিয়া ও বিদারিত স্থান সুচারে আবদ্ধ রাখিয়া পচন নিবারক ঔষধাদি ও বরফের থলি প্রভৃতি লিষ্টারের মতে চিকিৎসাদি করিয়া কৃত্রিম চক্ষু পরিধানের উত্তম স্থান রাখেন। কৃত্রিম চক্ষু এবম্বিধ স্থানে থাকিয়া অপর চক্ষুর সহিত ইতস্ততঃ ঘুরিতে পারে। কিন্তু, পাছে চক্ষুর অন্তর্ব্বর্ত্তী উক্ত কাচের গোলকটী ভাঙ্গিয়া যায়, তদ্বিষয়ে সর্ব্বদা সাবধান থাকিতে হয়।

কৃত্রিম চক্ষু।—পারিস নগরে সুস্থ চক্ষুর আকৃতি, আয়তন ও বর্ণাদি

অনুকরণ করিয়া কাচের কৃত্রিম. চক্ষু প্রস্তুত হয়। উহা শূন্যগর্ভ ও অর্দ্ধ-ডিম্বাকার। দিবাভাগ ব্যতীত রাত্রিকালে, বিশেষত সুস্থ চক্ষুতে, কিম্বা নিষ্কাশিত চক্ষুতে কোন প্রকার প্রদাহাদি থাকিলে, উহা ব্যবহার করা কদাচ উচিত নহে। শ্রীসম্পাদন ব্যতীত এতদ্দ্বারা দৃষ্টিসম্পাদন হয় না। চক্ষু নিষ্কাশন সময়ে কৃত্রিম চক্ষু পরিধানের নিমিত্ত কিয়দংশ মূল রাখিয়া আসিলে, উহা অপর চক্ষুর সহিত সমবেত হইয়া ইতস্তত ঘূর্ণিত হইতে পারে।

উহা ব্যবহার করিতে হইলে, উপরের পাতা ভ্রূদিকে টানিয়া, অগ্রে তন্মধ্যে কৃত্রিম চক্ষুর উর্দ্ধ প্রান্ত প্রবেশিত করত তদুপরি পাতা পতিত হইতে দিয়া, নীচের পাতা উল্টাইয়া কৌশলক্রমে তন্মধ্যে অপর প্রান্ত স্থাপিত রাখিতে হয়।

উহা খুলিয়া লইতে হইলে, নীচের পাতা উল্টাইয়া কৃত্রিম চক্ষুর নিম্ন-প্রান্তে নখাগ্র প্রবেশিত করত টানিয়া ধরিলে, উহা তলস্থ হস্ত বা কোন কোমল স্থানে আসিয়া পড়ে। উহা ব্যবহৃত হইলে, প্রত্যহ ধৌত করা এবং কোমল পেঁজা তুলার উপর রাখা উচিত। উপরিভাগের মসৃণতা সম্বৎসরের মধ্যে বিনষ্ট হইলে, অপর একটী নূতন চক্ষু ব্যবহার করিতে হয়। কাচের পরিবর্ত্তে সেলুলয়েড দ্বারা এক্ষণে কৃত্রিম চক্ষু প্রস্তুত হইতেছে। উহা সহজে ভাঙ্গে না এবং অত্যন্ত হাল্‌কা। সাধারণ ছুরিকা দ্বারা উহার পরিধি কর্ত্তন করিয়া সকল চক্ষুর উপযোগী করা যাইতে পারে। উহার আকারাদি কাচের ন্যায়; কিন্তু তদপেক্ষা স্থায়ী।

কনিক্যাল কর্ণিয়া (CONICAL CORNEA)

এই রোগকে কেরাটো-কোনস রোগ কহে। স্বচ্ছতা বিনাশিত না হইয়া, সমস্ত অথবা কিয়দংশ সুস্থ কর্ণিয়া পাতলা হইয়া মোচার অগ্রভাগের ন্যায় ঠেলিয়া আসিলে, তাহাকে কনিক্যাল কর্ণিয়া কহে। উহা কখন কখন পরিধি-ভাগে এবং প্রায়ত মধ্যস্থলে অভ্যুদিত হয়। এই রোগে কর্ণিয়ার ন্যুব্জতার বৃদ্ধি হওয়ায়, রোগীর দূরদর্শন ক্ষমতা বিনষ্ট হয়; এবং চক্ষু ক্রমে ষ্ট্যাষ্টিগ্-ম্যাটিজম্ রোগগ্রস্ত হইয়া পড়ে।

এই রোগ সচরাচর হয় না। ১৬ হইতে ২৫ বৎসর বয়স্ক যুবক বিশেষতঃ যুবতীগণ প্রায়ই দীর্ঘকাল অজীর্ণ প্রভৃতি দুর্ব্বলকারক রোগ ভোগ করিয়া

উভয় চক্ষুতে অল্পাধিক পরিমাণে এই রোগাক্রান্ত হইয়া যাবজ্জীবন রোগ-ভোগ করিতে থাকেন। এই রোগে কর্ণিয়া ফাটিয়া যায় না। তবে, দীর্ঘকালে এই রোগে কর্ণিয়ার স্বচ্ছতা বিনাশিত হইয়া থাকে। প্ল্যাসিডোজ ডিস্ক দ্বারা এই রোগ অনায়াসেই নির্ণীত হইতে পারে।

চিকিৎসা।—শারীরিক স্বাস্থ্যবিধান, চাক্ষুষ কার্য্যে বিরতি এবং নিকট দৃষ্টি ও বিশৃঙ্খল দৃষ্টি সংশোধনের জন্য উপযুক্ত চসমা গ্রহণ, এবং বৃহত্তর হইলে, নিম্নলিখিত দ্বিবিধ অস্ত্রসাধন প্রয়োজন হইয়া থাকে।

য়্যাট্রোপীন দ্বারা তারা পূর্ণপ্রসারিত রাখিয়া সদন্ত ফর্সেপ্স দ্বারা অক্ষি-গোলককে নিম্নাভিমুখে টানিয়া উক্ত ষ্ট্যাফিলোমার প্রায় ½ ইঞ্চি পরিমিত অগ্রভাগ একখানি গ্রেফির ছুরিকা দিয়া উর্দ্ধাধঃভাবে দ্বিখণ্ড করিতে হয়। পরে, এই খণ্ডাংশ আইরিস ফর্সেপ্স দ্বারা ধরিয়া একখানি কাঁচি দ্বারা ছেদন করিয়া লইতে হয়। পরে, অক্ষিগোলকের ছিন্নপ্রান্ত পরস্পর মুখেমুখে রাখিয়া তুলা ও লিণ্টের প্যাড ও কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ দিয়া চক্ষু আঁটিয়া বাঁধিতে হয়। পরবর্ত্তী চিকিৎসা ছানি চিকিৎসার ন্যায়। বিদারণ আরোগ্য হইলে, তৎস্থানে যে শাদা দাগ পড়ে, তজ্জন্য দৃষ্টির ব্যাঘাত নিবারণার্থে সুস্থ কর্ণিয়ার বিপরীতে কৃত্রিম তারা করিবার অস্ত্রসাধন করিতে হয়।

ট্রেফিন যন্ত্র দ্বারা অস্ত্রসাধন করিতে হইলে, রোগীকে ক্লোরোফর্ম্মের অধীনে আনিয়া অথবা কোকেন দিয়া চক্ষু অসাড় করিয়া স্পেকুলমে পাতা খুলিয়া রাখিতে হয়। পরে, ষ্ট্যাফিলোমার অগ্রভাগে ট্রেফিন বসাইয়া অঙ্গুষ্ঠ ও তর্জ্জনী দ্বারা যন্ত্রের ছিপি ঘুরাইয়া ডেসিমেট মেম্ব্রেণ পর্য্যন্ত কর্ণিয়া বিদারণ করিয়া যন্ত্রটী খুলিয়া লইতে হয়। অতঃপর এই বৃত্তাকার বিদারিত কর্ণিয়াকে আইরিস ফর্সেপ্স দ্বারা ধরিয়া ছাল তুলিবার ন্যায় তুলিয়া লইতে হয়। তুলিতে না পারিলে, ক্যাটারাক্ট ছুরিকা দ্বারা তত্তৎস্থান ছাড়াইয়া দিতে হয়। অতঃপর য়্যাট্রোপীন প্রয়োগ ও প্যাড এবং কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ বন্ধনে করিয়া প্রকৃতিস্থ হয়। একবার অস্ত্রে না হইলে, ৫।৭ মাস পরে আর এক অস্ত্রে এইরূপ হয়। তৎপরে, সুস্থ কর্ণিয়ার বিপরীতে কৃত্রিম তারা করিলে, অস্ত্র-জনিত দাগে দৃষ্টির ব্যাঘাত ঘটিতে পারে না। এই অস্ত্রসাধনের ফল অতি সুন্দর এবং ডাং বোম্যান সাহেব ইহার আবিষ্কর্ত্তা।

হাইড্রপথ্যালমিয়া (HYDROPHTHALMIA)

স্বচ্ছ এবং অস্বচ্ছ অবস্থায় কর্ণিয়া এবং বাস্তবিক চক্ষুর সমস্ত সম্মুখভাগ কখন কখন বহির্দ্দিকে ক্রমে ক্রমে দীর্ঘকালে এরূপ ঠেলিয়া আইসে যে, তাহাতে সহজে পাতা নিমীলন করিতে পারা যায় না। অল্প বা অধিক পরিমাণে উভয় চক্ষুই এইরূপে পীড়িত হইয়া দৃষ্টির ব্যাঘাত জন্মে। এই রোগকে কেরাটো-গ্লোবস অথবা বফথ্যাল্মস রোগও বলে।

এই রোগ জন্মসহজাত। পিতামাতার উপদংশ কারণে অথবা জন্মজাত গ্লকোমা রোগে, অথবা কেরাটাইটিস, প্যানস ও প্রবল গ্রানিউলার কনজংটি-ভাইটিস রোগান্তেও বালকদিগের এই রোগ হইতে দেখা যায়। এই রোগজ স্তম্ভিত দৃষ্টিক্ষেপ অতি বিশ্রীকারক। কর্ণিয়া স্বাভাবিক অবস্থাপেক্ষা আয়তনে প্রায় দ্বিগুণ বর্দ্ধিত এবং ইতস্ততঃ অস্বচ্ছ হয়। কর্ণিয়ার নিকটবর্ত্তী স্ক্লেরটিক পাতলা হইয়া, তন্নবর্ত্তী কোরইডের আভাসে নীলাভ হইয়া থাকে। তারা অণ্ডাকারে প্রসারিত এবং আইরিস ঈষৎ কম্পিত হইতে থাকে; এবং গুরুতরস্থলে, রোগী সম্পূর্ণ অন্ধ হয়। কোনপ্রকার ঔষধ বা অস্ত্রে এই রোগ প্রায়ই আরোগ্য হয় না। তবে, পৈত্রিক উপদংশসম্ভূত স্থলে, চক্ষুতে এসারীন প্রদান এবং কতিপয় সপ্তাহ পর্য্যন্ত প্রতিরাত্রে ২ গ্রেণ পলভ সাকারি আলবাইর সঙ্গে ১ গ্রেণ মাত্রায় পলভ হাইড্রার্জ কম ক্রিটা সেবন করিলে, বিশেষ প্রতীকার হইয়া থাকে। একটী চক্ষু অন্ধ হইলে এবং তাহা পাতা দ্বারা ঢাকা না পড়িলে, তাহাকে উৎপাটিত করাই বিধেয়।

আর্কস্ সিনাইলিস্ (ARCUS SENILIS)

সচরাচর বৃদ্ধ বয়সে এবং কখন কখন অল্প বয়সে কর্ণিয়ার সমস্ত পরিধিভাগ আবিল হইয়া যে শ্বেতবর্ণ মণ্ডলাকারে পরিণত হয়, তাহাকে আর্কস-সিনাইলিস কহে। ইহাতে কোন প্রকার অনিষ্ট অথবা দৃষ্টির কোন অসুবিধা ঘটে না; এবং ইহা কোন প্রকার ঔষধেও আরোগ্য হয় না।

আঘাতাদি দুর্ঘটনা।

পদার্থ-পতন।—সচরাচর লৌহ, ধূলা, কুটা, কয়লা ও কাষ্ঠ প্রভৃতি দ্রব্যের গুঁড়া চক্ষুতে পতিত হইয়া, কর্ণিয়ার উপবিভাগে লগ্ন অথবা কর্ণিয়ায় অল্প বা অধিক পরিমাণে বিদ্ধ হইয়া রহে। তাহাতে চক্ষু করকর করিতে থাকে; এবং ক্রমে উত্তেজিত, ও যন্ত্রণাদায়ক হইয়া উঠে। আলোকাভিমুখে দৃষ্টিনিক্ষেপে, বিশেষত উপরের পাতা খুলিতে বিলক্ষণ কষ্ট উপস্থিত হয় এবং অশ্রু নির্গত হইয়া পড়ে। সিলিয়ারি প্রদেশ আরক্তিম, তারা সঙ্কুচিত এবং উক্ত পদার্থ নিষ্কাশিত হইলে, বিদ্ধ স্থানে সামান্য ক্ষতজনিত দাগ হয়।

চিকিৎসা।—চক্ষু পরীক্ষা করিয়া, অগ্রে উক্ত পতিত পদার্থের অবস্থান নির্দ্দেশ করা বিধেয়। এই নিমিত্ত, রোগী কোন জানালার দিকে সম্মুখীন হইলে, সেই আলোকে উভয় অক্ষিপুটের ভাঁজ পরীক্ষা করিয়া তথায় কোন পদার্থ দেখিতে পাইলে তাহা তৎক্ষণাৎ বহিষ্কৃত করা বিধেয়। রোগী ভিন্ন ভিন্ন দিকে মস্তক সঞ্চালন করিলে, কর্ণিয়ায় তির্য্যক্‌ভাবে আলোক পতিত হয়; সুতরাং কর্ণিয়ায় কোন পদার্থ পতিত থাকিলে, তৎসময়ে তাহা দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে। অপিচ, ২ ইঞ্চি ফোকসের কন্‌ভেক্স লেন্সের অভ্যন্তর দিয়া চক্ষুকে বৃহৎ করিয়া দেখিলেও এই অভিপ্রায় সাধিত হইতে পারে। কাচকণা প্রভৃতি কোন উজ্জ্বল পদার্থ প্রবেশনের সন্দেহ হইলে, চক্ষুতে হোম-য়্যাট্রোপীন প্রয়োগ করিয়া, অন্ধকার গৃহে অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রের সাহায্যে তির্য্যক্‌ভাবে প্রতিফলিত আলোকে, চক্ষু পরীক্ষা করা উচিত। এইরূপে উক্ত পদার্থের স্থান নির্দ্দেশ করিয়া, উহা কর্ণিয়ার উপবিভাগে লগ্ন বা ইপিথীলিয়মের মধ্যে সামান্য প্রবেশিত হইলে, চক্ষুকে কোকেন দিয়া অসাড় করত একখানি স্পড্‌ অথবা একটী প্রশস্ত ক্যাটার্যাক্ট নিড্‌ল উক্ত পদার্থের পশ্চাতে নিবেশিত করিয়া, উহাকে অনায়াসেই বহির্গত করা যাইতে পারে। কর্ণিয়ার উপরিভাগে লৌহ বা ইস্পাতকণা লগ্ন থাকিলে, চুম্বক প্রস্তর (Electro-magnet) দ্বারা তাহা অনায়াসেই বহির্গত করা গিয়া থাকে। কিন্তু, যদি উক্ত পদার্থ গভীররূপে কর্ণিয়ার টিস্যুর অভ্যন্তরে নিবিষ্ট থাকে, এবং চুম্বক প্রস্তর দ্বারা নিষ্কাশিত না হয়, তবে যাহাতে উহা আর অধিক প্রবেশিত না হয়, এরূপ সাবধানে

উহার পার্শ্ব দিয়া একটী প্রশস্ত নিড্‌ল সঞ্চালিত করিয়া, উক্ত পদার্থের তলদেশে উক্ত নিডলের প্রশস্তভাগ অবলম্বন রাখিয়া, হয় তদ্দ্বারা, নতুবা তৎসময়ে আর একটী নিড্‌ল উপরিভাগ দিয়া উক্ত পদার্থ পর্য্যন্ত প্রবেশিত করত, চাড় দিয়া তুলিতে হয়; নতুবা তত্রত্য কর্ণিয়া এই শেষোক্ত নিড্‌ল দ্বারা স্তরে স্তরে উৎকীর্ণ করিয়া, উহাকে চাড় দিয়া অথবা একখানি ফর্সেপ্স দ্বারা ধরিয়া তুলিতে হয়। উহা য়্যাণ্টেরিয়র চেম্বারের মধ্যে অর্দ্ধমগ্ন হইলেও এইরূপে আইরিডেক্টমী ছুরিকা অথবা নিড্‌ল দ্বারা পশ্চাদ্দিক হইতে চাড় দিয়া ফর্সেপ্স্ দ্বারা ধরিয়া তুলিতে হয়। উক্ত পদার্থ বহির্গত করিয়া চক্ষুতে ২।১ ফোটা অলিভ অয়েল কিম্বা ক্যাষ্টর অয়েল প্রদান করা উচিত। প্রদাহ নিবারণার্থে য়্যাট্রোপীন, কোকেন, শীতল জলের পটি, জোঁক, আফিঙ্গ ও সেঁক প্রভৃতি ব্যবস্থিত হইয়া থাকে। যাহাহউক, অতঃপর ২।৩ দিবস অর্থাৎ উত্তেজনা নিবারণ পর্য্যন্ত চক্ষু আবদ্ধ রাখা উচিত।

উক্ত পদার্থ উপরিভাগে লগ্ন থাকিলে এবং সত্বর অপনীত হইলে, কর্ণিয়ায় তজ্জনিত কোনরূপ চিহ্ন অবশিষ্ট থাকে না। কিন্তু, কিছুদিন পর্য্যন্ত উহা কর্ণিয়ায় আবদ্ধ থাকিলে, তৎপার্শ্বস্থ কর্ণিয়া প্রদাহিত হইতে থাকে, এবং ক্রমে কর্ণিয়ার বিগলন প্রভৃতি রোগের উৎপত্তি করে। মৃদঙ্গার বা লৌহকণা প্রভৃতি নিকাশিত হউক অথবা স্বয়ং অশ্রু দ্বারা বহির্গত হউক, তদ্দ্বারা তত্রত্য কর্ণিয়া শ্বেতবর্ণ, স্ফীত ও বিবর্ণীকৃত হইতে পারে; এবং কিয়দ্দিবসের মধ্যেই নূতন ইপিথিলীয়ম জন্মিয়া তাহা তিরোহিত হয়। গাঢ়লগ্ন পদার্থ নিষ্কাশনে, অক্ষিপুট বিস্ফারিত ও চক্ষু স্থির রাখা উচিত; নতুবা রোগী ভীত হইয়া হঠাৎ মস্তক সঞ্চালনাদি দ্বারা অনেক বিপদ ঘটাইতে পারে। এই নিমিত্ত কোকেন অথবা ক্লোরোফর্ম্ম প্রয়োজন হইতে পারে। অপিচ, কখন কখন বারুদের দানা প্রভৃতি পদার্থ কর্ণিয়ায় প্রবিষ্ট হইয়া পুটুলি বাঁধিয়া রহে। চক্ষু বিলক্ষণ উত্তেজিত না হইলে, উহা নিষ্কাশন করা বিধেয় নহে।

নিষ্পেষণ (Contusions)।—সাক্ষাৎ সম্বন্ধে কর্ণিয়া প্রায়ই পেষিত না হইলেও কখন কখন তাহা ঘটে; এবং বৃদ্ধ ও রোগজীর্ণ ব্যক্তির পক্ষে প্রায়ই সাংঘাতিক হইয়া থাকে। উহাতে রেটিনা অথবা কোরইডের বিশ্লেষণ ঘটে। কর্ণিয়া আবিল ও কঞ্জংটাইভা আরক্তিম হয় এবং রোগী চক্ষুতে

সমহ যাতনা অনুভব করিতে থাকে। সাংঘাতিক স্থলে, সপিউরেটিভ কেরাটাইটিস রোগে চক্ষু বিনষ্ট হইয়া যায়। কোনরূপ চিকিৎসায়ও চক্ষু রক্ষা করা কঠিন হইয়া উঠে।

ঘৃষ্টাঘাত (Abrasion)।—নখ অথবা অপর কোন পদার্থের আঘাতে কর্ণিয়ার কিয়দংশ উৎকীর্ণ অথবা ঘৃষ্ট হইলে, চক্ষুতে ভয়ানক যাতনা, অশ্রু-নিঃসরণ, আলোকভীতি, কনজংটাইভার রক্তাধিক্য ও চক্ষুর করকরানি প্রভৃতি ঘটনা ঘটে। উক্ত উৎকীর্ণ স্থান উজ্জ্বল এবং তাহার চতুঃসীমা ছিন্ন ও অসম ইপিথীলিয়ম দ্বারা বেষ্টিত বলিয়া বোধ হয়।

সুস্থ ব্যক্তিদিগের পক্ষে, উপযুক্ত চিকিৎসাদি দ্বারা ৫।৭ দিবসের মধ্যেই এই বিপদ নির্দ্দোষে তিরোহিত হইতে পারে। অতি মেদগ্রস্ত, অতিমদ্যপ, অর্দ্ধোপোশিত, দুর্ব্বল, বৃদ্ধ এবং স্তন্যদাত্রী ও নবপ্রসূতিদিগের পক্ষে, বিশেষতঃ চিকিৎসা করিতে অবহেলা করিলে, সামান্যতর রোগেও কর্ণিয়ায় ক্ষত ও সপিউরেটিভ কেরাটাইটিস প্রভৃতি ঘটিয়া চক্ষু বিনষ্ট হইতে পারে।

চিকিৎসা।—কালবিলম্ব না করিয়া রোগী চিকিৎসকের নিকট আসিলে এবং ইপিথীলিয়ম সামান্য ঘৃষ্ট হইলে, প্রথম ২।১ দিবস ৩।৪ ঘণ্টা অন্তর চক্ষুতে ২।১ বিন্দু ক্যাষ্টর অথবা অলিভ অয়েল বা ক্রিম নিক্ষেপ করত, পুটোপরি একষ্ট্রাক্ট বেলেডোনা প্রলেপিত করিয়া, ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষু আবদ্ধ রাখিতে হয়। উত্তেজনা ও যন্ত্রণা থাকিলে, য়্যাট্রোপীন, কোকেন, সেঁক ও আফিঙ্গ প্রভৃতি ২।৩ ঘণ্টা অন্তর ব্যবহার করা যাইতে পারে। শয়ন সময়ে পূর্ণ মাত্রায় আফিঙ্গ প্রয়োগে নিদ্রা হয়; নতুবা পরিমিত মাত্রায় যন্ত্রণার শান্তি না করিয়া বরং বৃদ্ধিই করিয়া থাকে। বেলেডোনা লোশন (৪২ ব্য) বেলেডোনার সেঁক (১৬৫ ব্য) এবং কদুষ্ণ বেলেডোনা লোশনের ধারানিও প্রয়োজনমতে ব্যবস্থিত হইয়া থাকে। ক্ষত ও হাইপোপিয়ন প্রভৃতি উপসর্গ ঘটিলে, তদনুরূপ চিকিৎসাদি করা বিধেয়। শারীরিক চিকিৎসার প্রয়োজন হইলে, এই সঙ্গে সঙ্গে তাহা করাও বিধেয়।

বিদারণ (Penetrating wounds)।—কোন তীক্ষ্ণধার বস্তু দ্বারা কর্ণিয়া বিদারিত হইলে, যদি আইরিস বিদারিত স্থান দিয়া বহির্গত না হয় এবং বিদারিত প্রান্ত পরস্পর মুখোমুখে সরলভাবে স্থায়ী থাকে, তবে উহা সচরাচর

সত্বর সংযুক্ত হইয়া যায় ; এবং পরিশেষে বিদারিত স্থানে সামান্য আবিলতা মাত্র অবশিষ্ট থাকে। ক্যাটারাক্ট ও আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধনে কর্ণিয়ায় প্রায়ই এইরূপ ঘটনা ঘটে। কিন্তু, যদি উক্ত বিদারিত প্রান্ত ইতস্ততঃ ন্যস্ত থাকে, তবে তাহা অতিকষ্টে উপশমিত হয ; এবং আরোগ্য হইলেও তথায় অস্বচ্ছ ক্ষতকলঙ্ক বর্ত্তমান থাকিয়া, অবস্থানভেদে দৃষ্টির ব্যাঘাত ঘটায়। এইরূপে, রক্তস্রাব, আইরিসের বহিঃসরণ, লেন্সের বিদারণ ও স্থানচ্যুতি, ভিট্রিয়স নিঃসরণ ও ভিট্রিয়সের আবিলতা প্রভৃতি ঘটনাদিও সমূহ বিপদাবহ হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—নিষ্পেষণ ও বিদারণ উভয় স্থলেই চক্ষুকে বিশ্রান্ত রাখা উচিত। আইরিসের বহিঃসরণ প্রভৃতি দুর্ঘটনার চিকিৎসা তত্তৎ প্রকরণে বিবৃত করা হইবে। পুষ্টিকর খাদ্যাদি দ্বারা বলবৃদ্ধি এবং উত্তেজক ঔষধাদি দ্বারা মনের স্ফূর্ত্তি রাখা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। প্রয়োজনমতে, নিদ্রাকারক এবং বিরেচক অথবা ঘর্ম্ম ও মূত্রাদিকারক ঔষধ ব্যবহৃত হইতে পারে। কর্ণিয়া ও স্ক্লেরটিক উভয়েই আংশিক ছিন্ন হইলে, ২।৩টী সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম সুচার দ্বারা ছিন্ন প্রান্ত সংযুক্ত রাখিতে হয়। রক্তস্রাবে, শীতল বা বরফ জলের পটি, য্যাট্রোপীন ও এসারীন লোশন এবং ব্যাণ্ডেজ প্রভৃতি ব্যবস্থিত হয়।

কর্ণিয়ার কেন্দ্রস্থলে বিদারণাদি হইলে, তারা প্রসারিত রাখিবার জন্য য্যাট্রোপীন এবং পরিধিভাগে বিদারণে তারা সঙ্কুচিত রাখিতে এসারীন প্রয়োগ হয। তথাপি, এই বিদারণে য্যাকিউয়স নিঃসরণে য্যাণ্টেরিয়ার চেম্বার শূন্যগর্ভ হইলে, আইরিস কর্ণিয়া ও লেন্সের মধ্যে পড়িয়া তাহাদের দ্বারা চাপা পড়ে ; এবং তদ্বিধস্থলে উগ্র য্যাট্রোপীন-কোকেন লোশনেও (৩৮ বা) তারা প্রসারিত হয় না, সুতরাং সামান্য বিদারণেই উহা প্রয়োজ্য। গুরুতর বিদারণে চক্ষুতে ছানি পড়িলে এবং কর্ণিয়া আবিল ও ষ্ট্যাফিলোমা প্রভৃতি থাকিলে, চক্ষুকে নিষ্কাশন করাই শ্রেয়ঃ।

দগ্ধাঘাত ও ঝলসান (Burns and Scalds)।—কখন কখন চূর্ণ, কোন প্রকার মিনারেল এসিড, কষ্টিক, অত্যুষ্ণ জল, উগ্র য্যামোনিয়া, দ্রবীভূত ধাতু, বারুদ ও অগ্নি প্রভৃতি দ্বারা কর্ণিয়া দগ্ধ বা ঝলসাইয়া যায়। চক্ষুতে চূর্ণ পতিত হইবা মাত্রেই কর্ণিয়ার অবস্থা ভাল থাকিলেও উহাতে চক্ষু বিনষ্ট

হইতে পারে। উহাতে পার্শ্ববর্ত্তী কঞ্জংটাইভা স্ফীত, পীতাভ শ্বেতবর্ণ এবং ইতস্ততঃ রক্তস্রাবের চিহ্নবিশিষ্ট হইয়া পড়ে। উহাতে কর্ণিয়া সমভাবে গাঢ় ধূসরবর্ণ হইলে দৃষ্টির আশা দুরাশা। এরূপস্থলে, তৎক্ষণাৎ চিকিৎসা করাই প্রযোজন। পাতা উল্টাইয়া উষ্ণজলে তুলা ভিজাইয়া তদ্দ্বারা চক্ষু পরিষ্কার করিয়া সমস্ত চূর্ণ বহিষ্কৃত করত শতকরা ½ভাগ য়্যাট্রোপীন লোশন প্রযোগ করিয়া চক্ষু ব্যাণ্ডেজ দ্বারা আবদ্ধ রাখিতে হয। কঞ্জংটাইভায় প্রদাহের আধিক্যে কোল্ড লোশন এবং য়্যাট্রোপীন-কোকেন লোশন (৩২, ৪০ ব্য) প্রযোজ্য। প্রত্যহ পাতা খুলিযা অক্ষিগোলক যাহাতে অক্ষিপুটে যুক্ত হইয়া না যায় (সিম্ব্লিফেরণ দেখ), তাহা পর্য্যবেক্ষণ করিতে হয়।

টিউমার (Tumours)।—কর্ণিয়ায় প্রাযই টিউমার হইতে দেখা যায় না। কখন কখন চক্ষুর অভ্যন্তর অথবা কঞ্জংটাইভা হইতে উহাতে টিউমার উদিত হইযা থাকে। তন্মধ্যে ইপিথিলিওমা, সার্কোমা, ফাইব্রোমা এবং ডার্ম্মইড সিষ্টই প্রধান। সার্কোমা অন্য অবযব হইতে হইয়া থাকে এবং পুনঃপুনঃ রক্তস্রাব ও যাতনাদি থাকিলে, উহাতে রোগীর জীবনাশঙ্কা থাকে। ইপিথিলিওমা প্রথমে ফ্লিক্টিনিউল বলিয়া ভ্রম হইযা থাকে। উহা উপবিভাগে বিস্তৃত এবং যাতনাপ্রদ হইযা থাকে। এই সকল টিউমার ক্ষুদ্র হইলে, নিষ্কাশন করাই শ্রেয়ঃ। কিন্তু, উহারা পুনঃপুনঃ উদিত হইয়া থাকে। সার্কোমা বৃহৎ হইলে, চক্ষু নিষ্কাশন করিয়া রোগীর জীবন রক্ষা করা উচিত। ডার্ম্মইড সিষ্ট জন্মজাত; তাহাতে দৃষ্টির ব্যাঘাত ঘটে না।

কুষ্ঠরোগ (Leprous affections)।—কুষ্ঠ রোগাক্রান্ত ব্যক্তির উভয় কর্ণিয়া কখন কখন পরিধিভাগ হইতে আরম্ভ হইয়া সমস্ত অংশে ক্রমে বৎসরের পর বৎসর আবিল হইয়া দৃষ্টির ব্যাঘাত ঘটাইতে পারে। দীর্ঘকাল আর্সেনিকের সঙ্গে বলকর ঔষধাদি সেবন এবং স্থানপরিবর্ত্তন ও সাধারণ খাদ্যাদি দ্বারা কুষ্ঠরোগ স্থগিত রাখিতে পারা যায়; কিন্তু আরাম করিতে পারা যায় না। এরূপস্থলে, মূল রোগের চিকিৎসা করিয়া দেখা উচিত। **টিউবার (Leprous tubers)।**—উভয় চক্ষুর কর্ণিয়ার ঠিক এক স্থানে এই রোগ জন্মিয়া বহুকালে সমস্ত কর্ণিয়া আক্রমণ করে। চিকিৎসা নিষ্প্রয়োজন।

চতুর্থ অধ্যায়।

স্ক্লেরটিকের রোগ।

শরীর তত্ত্ব।—কর্ণিয়ার সহিত স্ক্লেরটিকই চক্ষুর বহিঃস্থ আবরণ। স্ক্লেরটিক অতিশয় শক্ত, অস্বচ্ছ ও দুর্ভেদ্য বলিয়া চক্ষুর অন্তর্ব্বর্ত্তী কোমল অবয়ব সকল উহার মধ্যে নিহিত থাকিতে পারে। উহার অভ্যন্তর দেশ অল্প পাটলবর্ণ; কিন্তু সম্মুখাংশ মসৃণ ও শ্বেতবর্ণ বলিয়া উহাকে কখন কখন চক্ষুর শ্বেতক্ষেত্র বলিয়াও উল্লেখ করা যায়। উহা তলদেশে সর্ব্বাপেক্ষা অধিক পুরু এবং সম্মুখে কর্ণিয়ার নিকটে রেক্টাই পেশীর সম্মিলন স্থানে সর্ব্বাপেক্ষা অধিক পাতলা। কিন্তু, কর্ণিয়ার সহিত সংযোগস্থানে উহা আবার পুরু হইয়াছে। সম্মুখে উহা কঞ্জংটাইভা দ্বারা আবৃত। স্ক্লেরটিক সূক্ষ্ম স্থিতিস্থাপক টিসুর সহিত মিলিত সংযোজক টিসুর সূত্রে রচিত। অপ্টিক নার্ভের দুইটী আবরণ অক্ষিগোলকে আসিয়াই পুরু হইয়া পড়ে এবং কোরইডে পৌছিয়াই সমকোণভাবে দুই দিকে যাইয়া পরস্পর মিলিয়া স্ক্লেরটিক নামে অভিহিত হয়। অপ্টিক নার্ভ উহাকে চক্ষুর সম্মুখ-পশ্চাৎ ব্যাসরেখা হইতে কিঞ্চিৎ নাসিকাদিকে বিদ্ধ করিতেছে। যে ছিদ্র দিয়া অপ্টিক নার্ভ স্ক্লেরটিক ভেদ করিয়া চক্ষুর অভ্যন্তরে আইসে, সেই ছিদ্রেও উহা সূক্ষ্ম জালের আকারে ব্যাপ্ত আছে। এই জালবৎ স্ক্লেরটিকের নাম ল্যামিনা ক্রিব্রোজা। ল্যামিনা ক্রিব্রোজার সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম ছিদ্রের অভ্যন্তর দিয়া নার্ভের সূত্রসকল গমন করিয়াই অপ্টিক নার্ভ চক্ষুর মধ্যে আইসে।

স্ক্লেরটিক অক্ষিগোলকের প্রায় ⅚ অংশ; অবশিষ্ট ⅙ অংশ কর্ণিয়া। রেক্টাই ও অবলিকি পেশী মিলিয়াও স্ক্লেরটিককে পুষ্ট ও বলীয়ান করে। কর্ণিয়ার ন্যায় স্ক্লেরটিকেও কোরস্থান আছে। সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম কতিপয় রক্তশিরা জালের ন্যায় বিস্তৃত গুচ্ছাকারে স্ক্লেরটিকে ব্যাপ্ত থাকে। কর্ণিয়ার চতুর্দ্দিকে

এই শিরাগুচ্ছ অধিক আরক্তিম থাকে; এবং তাহাকে সিলিয়ারি জোন বা আর্থেরিটিক রিঙ কহে। সুস্থাবস্থায় এই শিরাচক্র দেখিতে পাওয়া যায় না। কিন্তু, সিলিযারি বডি, কর্ণিয়া ও আইরিসের পীড়ায় উহা গোলাপী বর্ণে আরক্তিম হইযা বিলক্ষণ উপলক্ষিত হইয়া থাকে। বিংশতি বৎসর বয়ঃক্রম পর্য্যন্ত স্ক্লেরটিকের আকৃতি বর্দ্ধিত হইতে থাকে। উহার বর্দ্ধন তৎপরে স্থগিত থাকে; এবং প্রৌঢ় বয়সে ক্রমে বিবর্ণ হইয়া যায। ইহাতেই বুঝা যাইতেছে যে, বিবর্দ্ধন সময়ে যাহাতে উহাকে দুর্ব্বল ও নরম করে, অথবা উহার কোন অংশ অস্বাভাবিকরূপে আকৃষ্ট হয়, তাহাতে অক্ষিগোলকের আকৃতির স্থায়ী পরিবর্ত্তন ঘটিয়া থাকে; এবং মাইওপিয়া অথবা ষ্ট্যাফিলোমার উৎপত্তি করিয়া দেয।

কর্ণিয়ার নিকটে স্ক্লেরটিকের অন্তর্দ্দিকে স্ক্লেম প্রণালী (canal of Schlemm)। উহা পেক্টিনেটম্ লিগামেণ্টের সূত্রসকলের অন্তর্ব্বর্ত্তী সঙ্কীর্ণ স্থানাদি দ্বারা য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারের সহিত মিলিত। স্ক্লেরটিক ও কর্ণিয়ার সন্ধিস্থলের নীচেই পেক্টিনেটম্ লিগামেণ্ট (ligament pectinatum) আছে; এবং তথা হইতে আইরিস এবং সিলিযারি প্রোসেসে বিস্তৃত হইয়াছে। ডেসিমেট মেম্ব্রেণের সূত্রাদি পিঁজিয়াই উহার সূত্রাদি হইয়াছে। স্ক্লেরটিক ও আক্ষিক কঞ্জংটাইভার মধ্যবর্ত্তী স্থানে যে শিথিল সংযোজক টিসু আছে, তাহাকে ইপিস্ক্লেরাল টিসু কহে। ক্যাপসিউল অব টিনন স্ক্লেরটিককে আবৃত করিয়া রাখিয়াছে। উহা সূত্রময় কোষ মাত্র। পশ্চাদ্দিকে উহা অপ্টিক নার্ভের সহিত অপ্টিক ফোরামেন পর্য্যন্ত বিস্তৃত। এই কোষের মধ্যেই অক্ষিগোলক নিহিত থাকিয়া ইতস্ততঃ অভীষ্ট দিকে বিঘূর্ণিত হইতে পারে।

ইপিস্ক্লেরাইটিস্ (EPISCLERITIS)।

এই রোগকে স্ক্লেরটাইটিস রোগও বলা যায। এই রোগে স্ক্লেরটিক হইতে কনজংটাইভার নিম্নে লিম্ফ নিঃসৃত হইযা, রেক্টাই পেশীর সম্মিলন স্থানে, একটী ক্ষুদ্র কিঞ্চিৎ উন্নত রক্তপীত অথবা পাংশু রক্তবর্ণ স্থান দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে। কখন কখন চক্ষুর কর্ণ ও নাসিকা উভয় দিকেই এই রোগ

ঘটিতে পারে। উহার উপরিভাগ মসৃণ; এবং তত্রত্য কিয়দ্দূর পর্য্যন্ত কনজংটাইভা অল্প বা অধিক পরিমাণে আরক্তিম। এতদুপরি স্থূলাকার রক্তশিরা সকল দৃষ্ট হয়; এবং স্থলবিশেষে, আলোকভীতি, অশ্রুনিঃসরণ ও চক্ষুতে বেদনার তারতম্য ঘটে, এবং চক্ষু কিঞ্চিৎ ভারি বোধ হয়। উহার উপর দিয়া কঞ্জংটাইভাকে সরান যায়; কিন্তু কঞ্জংটাইভার সহিত উহা সরে না। প্রথমতঃ এই রোগ ফ্লিক্টিনিউলার অথবা পষ্টিউলার কনজংটিভাইটিস রোগ বলিয়া ভ্রম হইতে পারে। কিন্তু, উক্ত স্থান সত্বর উন্নত হইয়া পড়ে; এবং তাহা ক্ষত বা পূযবিশিষ্ট হয় না বলিয়া, বিশেষত, উহার পাণ্ডু-রক্ত-পীতবর্ণ ও বিস্তৃত ভূমিদেশ দেখিয়া, সেই ভ্রম দূর হয়। বিগতশ্রী ভিন্ন এই রোগে দৃষ্টির কোন গোলযোগ ঘটে না।

এই রোগ তাদৃশ ভয়াবহ না হইলেও উহার গতি মৃদু এবং আরোগ্য হইতে অধিক দিবস লাগে। এই রোগ পুনঃ পুনঃ এক স্থানে অথবা স্থান-পরিবর্ত্তন করিয়া প্রত্যাবৃত্ত হইতে পারে; এবং উহার নিকটবর্ত্তী কর্ণিয়া আর্কস সিনাইলিসের ন্যায় আংশিক বিবর্ণ হইয়া পড়ে। প্রৌঢ়া স্ত্রীলোক-দিগেরই সচরাচর এই রোগ ঘটে, এবং বাত, গেঁটেবাত, উপদংশ, স্ক্রফুলা, দুর্ব্বলতা এবং কষ্টরজঃ ইহার কারণ বলিয়া অনুমিত হয়।

চিকিৎসা।—এই রোগে ক্যালোমেল, ইয়োলো অযেণ্টমেণ্ট, জিঙ্ক, কপার ও কষ্টিক, প্রভৃতি ঔষধ চক্ষুতে প্রদান করিলে, উপকার না হইয়া বরং অপকারই ঘটে। চক্ষুতে বেদনা ও উত্তেজনা থাকিলে, কোকেন-য়্যাট্রোপীন, বেলেডোনা প্রলেপন ও সেঁক (৪১।৪০।৫৫।৮৪।১৬৫।১৯১ ব্য) প্রভৃতি তত্তন্নিবারক ঔষধাদি ব্যবহার করা এবং প্যাড ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষু আবদ্ধ রাখা উচিত। এসারীন লোশনও (৪৯ ব্য) এই রোগের মহৎ ঔষধ। চক্ষুতে উত্তেজনা থাকিলে এবং উপদংশ রোগের কোন সন্ধান না পাইলে, ক্লোরাইড অব জিঙ্ক অথবা সল্‌ফেট অব জিঙ্ক লোশন (১৭।১৪ ব্য) দ্বারা বিশেষ উপকার ঘটিতে পারে। ডাং স্নেলেন সাহেব কঞ্জংটাইভার নিম্নে বাইক্লোরাইড লোশনের ($\frac{1}{20}$ গ্রেণ, জল ১ ঔন্স) পিচকারী দিতে বলেন। রোগীর শারীরিক অবস্থা বুঝিয়া, বলকর ঔষধ ও খাদ্যাদি ব্যবস্থা করা, এবং কিযদ্দিবস চক্ষু বিশ্রান্ত রাখা যুক্তিসঙ্গত। বাতপ্রবণ ব্যক্তিদিগের পক্ষে, গোযেকম অথবা কলচিকমের সঙ্গে টিং

একোনাইট অথবা সোডি স্যালিসিলেট মিক্শ্চার (১৭৬ ব্য) ব্যবস্থা করা বৈধ। উপদংশজ স্থলে, হাইড্রার্জ বাইক্লোরাইডের সঙ্গে আইওডাইড অব পটাসিয়ম মিক্শ্চার (১১৭।১১৮।১১৯ ব্য) সেবন করিলে, এবং সাধারণতঃ অন্যান্য স্থলে, আইওডাইড অব পটাসিয়মের সঙ্গে, অবস্থাভেদে এমোনিয়া অথবা কোন প্রকার আয়রণ (১২১।১২০।১১৫।১৩১ ব্য) প্রত্যহ ২।৩ বার সেবন করিতে দিলে, এই রোগ সত্বর আরোগ্য হইতে পারে। কষ্টকর দুর্ব্বলতা ও স্ক্রুফুলার চিকিৎসাও করিতে হয়। যদি রোগী দীর্ঘকাল অজীর্ণ ও কোষ্ঠবদ্ধ রোগগ্রস্ত থাকে, তবে তাঁহাকে ফ্রেড্রিক্শেলার অথবা পল্না, ভিচি, ভিক্টোরিয়া, হনি এডি জেনস প্রভৃতি আকরিক জল (Mineral Water) সেবনের ব্যবস্থা দিতে হয়। প্রাতঃকালে হস্তমুখাদি প্রক্ষালন করিয়া, অর্দ্ধগ্লাস উক্ত জল তৎপরিমিত উষ্ণ জলের সহিত সেব্য। স্থলবিশেষে উহার সহিত কিঞ্চিৎ সোডা মিশ্রিত করিয়া সেবন করা যায়। গভীর স্ক্লেরাইটিসের চিকিৎসা শারীরিক চিকিৎসার সঙ্গে সঙ্গে আইরাইটিস ও কর্ণিয়াইটিসের ন্যায় বলিয়া এস্থলে উল্লিখিত হইল না।

সিলিয়ারি ষ্ট্যাফিলোমা (ANTERIOR STAPHYLOMA)।

সিলিয়ারি প্রদেশস্থ স্ক্লেরটিক্ ঠেলিয়া আসিলে, তাহাকে সিলিয়ারি ষ্ট্যাফিলোমা, য্যাণ্টেরিয়ার ষ্ট্যাফিলোমা অথবা স্ক্লেরো-কোরইডাইটিস য়্যাণ্টেরিয়ার শব্দে উল্লেখ করা যায়। এই ঠেল কতকগুলি স্থানে হইয়া থাকে। সিলিয়ারি প্রদেশে আঘাত লাগিয়া, এবং সেই আঘাতে স্ক্লেরটিক ফাটিয়া তন্মধ্য দিয়া আইরিস ও কোরইড বহির্গত হইয়া, অথবা আইরিডো-কোরোইডাইটিস প্রভৃতি রোগে স্ক্লেরটিকের উক্ত অংশ পাতলা হওত, চক্ষুর আভ্যন্তরিক প্রতিচাপে স্ফীত হইয়া, এই রোগ ঘটে। সমস্ত অথবা কিয়দংশ সিলিয়ারি প্রদেশ সম অথবা উচ্চনীচ ভাবে অল্প বা অধিক স্ফীত হইতে পারে; এবং এই স্ফীত স্থানের উপরিভাগ অত্যন্ত পাতলা হয় বলিয়া, তন্মধ্য দিয়া কোরইড ও সিলিয়ারি প্রোসেসের কৃষ্ণবর্ণ স্পষ্ট দৃষ্টিগোচর হয়।

এই রোগে, পুটমুদ্রণের ব্যাঘাত, কনজংটাইভার রক্তাধিক্য ও কিমোসিস,

স্ক্লেরটিকে কৃষ্ণবর্ণ ও প্রসারিত রক্তশিরার সমাবেশন, সিলিয়ারি প্রদেশে ভয়ানক বেদনা, আইরিসের প্রদাহ ও বিবর্ণতা, তারার প্রান্তে লিম্ফ সংযোগ, য্যাকিউয়সের আবিলতা, ভিট্রিয়সের আবিলতা ও তরলতা, কর্ণিয়ার পরিধির স্বল্প অস্বচ্ছতা, চক্ষুর অধিক বিতানবৃদ্ধি, দৃষ্টির হানি ও বিনাশ, লেন্সের স্থানান্তরতা, কম্পমানতা ও অস্বচ্ছতা, এবং মধ্যে মধ্যে বিদ্যুদ্বৎ আলোক দর্শন প্রভৃতি লক্ষণাদি উদিত হইয়া, অথবা রেটিনা ও কোরইড চুপ্‌সিয়া চক্ষু ধ্বংস হইতে পারে। এই রোগ কিয়দ্দিবস স্থগিত থাকিয়া পুনরাগমন করিতে পারে; এবং তৎসময়ে ভয়ানক সপিউরেটিভ আইরিডো-কোরই-ডাইটিস রোগে, অথবা উক্ত উন্নতস্থান হঠাৎ বিদীর্ণ হইয়া চক্ষু ধ্বংস হইতে ও তাহাতে সুস্থ চক্ষুটীও সমবেদনাক্রমে পীড়িত হইতে পারে।

ভাবীফল।—এই রোগের ভাবীফল অশুভ। সামান্য হইলেও দৃষ্টির সমূহ ক্ষতি হইয়া থাকে। তবে, আশঙ্কা যে এই, রোগ বৃদ্ধি পাইয়া দৃষ্টি একেবারেই বিনষ্ট হইতে পারে।

চিকিৎসা—এই রোগ নিরাময় করা দুঃসাধ্য। তবে য্যাট্রোপীন, জোঁক ও প্যারাসেণ্টেসিস প্রভৃতি দ্বারা আইরিডো-কোরইডাইটিস রোগ উপশম করিবার চেষ্টা করা উচিত। যখন প্রথমে স্ক্লেরটিক ঠেলিয়া উঠে, তখন চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি থাকিলে, কালবিলম্ব না করিয়া, আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন দ্বারা আইরিসের এক বৃহৎ অংশ ছেদন এবং দৃষ্টির সম্পূর্ণ বিনাশ ঘটিলে, চক্ষুর সম্মুখাংশ ছেদন, সুস্থ চক্ষুটীতে পীড়া সঞ্চারিত হইবার সম্ভাবনায় সমস্ত চক্ষু নিষ্কাশন এবং আইরিস বহির্গত হইলে, তদংশ ছেদন করা উচিত।

অতিরিক্ত দৃষ্টিসংযোগে বিশেষত আলোকাভিমুখে দৃষ্টিসংযোগে বিরত থাকা, শরীর ও মনের স্ফূর্তিসাধন, স্বাস্থ্যকর আহার ও পরিষ্কারপরিচ্ছন্নভাবে অবস্থানাদিতে রোগারম্ভ হইতেই বিশেষ যত্ন করিলেও এই রোগ স্থগিত থাকিতে পারে।

আঘাতাদি দুর্ঘটনা।

বিদারণ।—স্ক্লেরটিক অক্ষিকোটরের অস্থিময় প্রাচীর দ্বারা অধিকাংশে বেষ্টিত থাকায়, কোন আঘাত দ্বারা সচরাচর বিদ্ধ বা বিদারিত হয় না। আঘাতের আধিক্য অনুসারে চক্ষুর অভ্যন্তরে রক্তস্রাব, আইরিস ও কোরইডে প্রদাহ, লেন্সের স্থানান্তরতা ও অস্বচ্ছতা, রেটিনার বিশ্লেষণ ও ভিট্রিয়সের বহির্গমন প্রভৃতি ঘটনা ঘটিয়া, চক্ষু একেবারেই বিনষ্ট হইয়া যায়। বন্দুকের গুলি প্রভৃতি বস্তুও চক্ষুর অন্তর্নিবিষ্ট থাকিয়া, উক্ত ঘটনাদি আনয়ন করিতে পারে।

ফাটন (Rupture)।—মুষ্টি ও স্থূলবস্তু দ্বারা আহত হইয়া অথবা হঠাৎ পতিত হইয়া, কখন কখন স্ক্লেরটিক ফাটিয়া যাইতে পারে। সচরাচর সিলিয়ারি প্রদেশেই এই ঘটনা ঘটে। চক্ষুতে যত প্রকার আঘাত ঘটিয়া থাকে, তন্মধ্যে ইহাই সর্ব্বাপেক্ষা বিপদাবহ। এতদ্দ্বারা চক্ষুর অপরাপর অঙ্গপ্রত্যঙ্গ অল্প বা অধিক পরিমাণে পীড়িত হয়। ফাটা স্থানের মধ্য দিয়া আইরিস, লেন্স ও ভিট্রিয়স বহির্গত এবং চক্ষুর অভ্যন্তরে রক্তস্রাব হয়; এবং চক্ষু চুপসিয়া অথবা উহার দৃষ্টিলোপ হইয়া যায়।

নিষ্পেষণ।—সামান্য নিষ্পিষ্ট স্থলেও আঘাত সময়ে কোনরূপ ভয়প্রদ ঘটনা না ঘটিয়া, কিছুকাল পরে, ভিট্রিয়স তরল ও মলিন এবং রেটিনা ও কোরইডের বিশ্লেষণ প্রভৃতি ঘটনাদি ঘটিয়া চক্ষুর দৃষ্টিনাশ হইতে পারে।

চিকিৎসা।—কালবিলম্ব না হইলে, আফিঙ্গ অথবা বেলেডোনা লোশনাদি দ্বারা চক্ষু আর্দ্র রাখিয়া, সপ্তাহ মধ্যেই রক্তস্রাব অনেক আশোষিত করিতে পারা যায়। অতিশয় বেদনা থাকিলে, কপোলদেশে আবশ্যকমতে প্রত্যহ ২।১ বার জোঁক বসান যাইতে পারে। যদি বিদারিত স্থান হইতে অধিক ভিট্রিয়স বা আইরিস বহির্গত না হয়, তবে আইরিসের বহির্গত অংশ ছেদন করিয়া ও স্ক্লেরটিকের বিদীর্ণ প্রান্ত সুচার দ্বারা আবদ্ধ রাখিয়া, শীতল জলের পটি ব্যবহারে কিয়দ্দিবস চক্ষুকে বিশ্রান্ত রাখিতে হয়। অল্পায়তন সরল বিদারণে, কিঞ্চিৎ ভিট্রিয়স বহির্গত হইয়া যাইলেও, কষ্টিক সংস্পর্শনে ও ব্যাণ্ডেজাদি বন্ধনে বিদীর্ণ স্থান সংযুক্ত করিতে পারা যায়। কিন্তু, যতই

চিকিৎসা কর, এই সকল আঘাতে চক্ষুর দৃষ্টিহানির কোন সুবিধা ঘটে না। ভিট্রিয়স ও লেন্স বহির্গত হইয়া চক্ষু চুপসিয়া যাইলে, যদি তদ্দ্বারা সুস্থ চক্ষুতে প্রদাহ উপস্থিত হয়, তবে বিনষ্ট চক্ষু নিষ্কাশিত অথবা ছেদন করা বিধেয়।

পদার্থপ্রবেশ।—কোন পদার্থ পড়িয়া স্ক্লেরটিকের অন্তর্নিবিষ্ট হইলে, তাহা বহির্গত করাই শ্রেয়ঃ। লৌহ ও ইস্পাত প্রভৃতি পড়িয়া বিদ্ধ হইয়া থাকিলে, বিদ্ধস্থানের অবস্থান নির্দ্দেশ করিয়া ও তৎস্থান কিঞ্চিৎ চিরিয়া তথায় ইলেক্ট্রো-ম্যাগ্নেট নামক স্নেল সাহেবের চুম্বুক প্রস্তরের যন্ত্রের অগ্রভাগ প্রবিষ্ট করিয়া বহির্গত করিতে হয়।

দাহন।—উত্তপ্ত লৌহশলাকাদি দ্বারা স্ক্লেরটিক দগ্ধ হইয়া তৎস্থান ক্ষতবিক্ষত হইতে পারে, এবং তদ্দ্বারা আইরিস, কর্ণিয়া ও লেন্স অস্বচ্ছ হইতে পারে; সুতরাং এই সকল বিষয়েরই চিকিৎসা করিতে হয়।

টিউমার।—ডাং মেকেঞ্জি সাহেব স্ক্রুফুলা ধাতুবিশিষ্ট ব্যক্তির স্ক্লের-টিকে সার্কোমেটস টিউমার উৎপন্ন হইয়াছে বলিয়া উল্লেখ করেন। উহারা কোমল বা কঠিন, রক্তশিরাময় অথবা রক্তশিরাহীন হইলেও স্ক্লেরটিকের তৎস্থান ক্ষত হইয়া, সমস্ত চক্ষুর অথবা রোগীর জীবনের অনিষ্ট সাধন করিতে পারে। কিন্তু, সচরাচর এই রোগ হইতে দেখা যায় না।

পঞ্চম অধ্যায়।

আইরিস ও সিলিয়ারি বডির রোগ।

এনাটমী ও প্যাথলজি।—আইরিস, সিলিয়ারি বডি এবং কোরইড চক্ষুর একই অবয়বের ভিন্ন ভিন্ন স্থানের ভিন্ন ভিন্ন নাম মাত্র। উহারা চক্ষুর দ্বিতীয় স্তর বা পটল। চক্ষুর প্রথম পটল স্ক্লেরটিকের অব্যবহিত পরেই চক্ষুর সম্মুখ হইতে পশ্চাদ্দিকে অর্থাৎ তারা হইতে অপ্টিক নার্ভ পর্য্যন্ত ক্রমে উহাদের অবস্থান। চক্ষুর এই স্তরের নাম টিউনিকা ভ্যাস্কিউলোসা বা ইউভিয়াল ট্র্যাক্ট; এবং এই স্তর দ্বারাই য়্যাকিউয়স হিউমার, লেন্স ও ভিট্রিয়স পরিপোষিত হইয়া থাকে।

এই স্তরের সম্মুখাংশের নাম আইরিস। উহা লেন্সের সম্মুখবর্ত্তী এবং কর্ণিয়ার পশ্চাদ্বর্ত্তী। স্বচ্ছ কর্ণিয়ার অভ্যন্তর দিয়া চক্ষুর সম্মুখে ব্যক্তিভেদে যে, কাল, নীল বা কটা বর্ণের সুন্দর চক্রাকার স্থান দেখা যায়, উহা তাহাই। উহা সংকোচক মেম্ব্রেণ। উহা য়্যাকিউয়স হিউমারে ভাসিতে থাকে এবং উহা দ্বারাই য়্যাণ্টেরিয়ার ও পোষ্টেরিয়ার চেম্বারদ্বয় পরস্পর পৃথগ্‌ভূত। য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারের এক দিকে আইরিস, অপর দিকে কর্ণিয়া; এবং পোষ্টেরিয়ার চেম্বারের এক দিকে আইরিস অপর দিকে লেন্স।

এই আইরিস পরিধিভাগে কর্ণিয়ার পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তর, লিগামেণ্টম পেক্টিনেটম এবং সিলিয়ারি বডির সহিত সম্বদ্ধ। উহার মধ্যস্থলে, কিঞ্চিৎ নাসিকাদিকে, একটী গোলাকার ক্ষুদ্র ছিদ্র আছে, তাহার নাম পিউপিল অর্থাৎ চক্ষুর তারা। আইরিস পশ্চাদ্দিকে এই তারা প্রান্ত দিয়া লেন্সের ক্যাপসিউলের উপর ভর দিয়া থাকে; এবং সেই ভর না থাকিলে, উহা সর্ব্বদা কাঁপিতে থাকে (Iridodonesis দেখ)। কিন্তু, সম্মুখদিকে অপর কোন অবয়বের সহিত উহার ভরাভর নাই।

আইরিসকে কর্ত্তন করিলে, সম্মুখ হইতে পশ্চাদ্দিকে ক্রমে নিম্নলিখিত অবয়ব দেখা যায়।

১। **ইপিথিলিওইড মেম্ব্রেণ।** ইহা ডেসিমেট মেম্ব্রেণের পশ্চাদ্বর্ত্তী ইপিথিলিওইড মেম্ব্রেণের অংশ মাত্র।

২। **সবষ্ট্যান্সিয়া প্রোপ্রায়া।** ইহা কনেক্টিভ টিস্যুগুচ্ছে নির্ম্মিত। ইহার অনেকানেক শাখা-টিস্যু-কোষে কৃষ্ণবর্ণ চক্ষুতে বর্ণদ বীজ থাকে। এই টিস্যু-গুচ্ছে পৈশিক সূত্র (স্ফিনক্টার পিউপিলি), রক্তশিরা, লিম্ফ্যাটিক টিস্যু এবং স্নায়ু দেখা যায়। সিলিয়ারি প্রোসেস এবং বৃত্তাকার প্রধান আইরিস হইতে ধমনী সকল উদ্ভূত হইয়া তারার প্রান্তাভিমুখে গমন করে। স্নায়ু ও রক্তশিরা বহুসংখ্যক এবং একই দিকে গমন করে। এই সকল স্নায়ু অপথ্যাল্মিক গ্যাংলিয়ন হইতে উদ্ভূত ক্ষুদ্র সিলিয়ারি নার্ভ হইতে আসিয়া ৩য় স্নায়ু, সার্ভিক্যাল সিম্প্যাথেটিক স্নায়ু এবং ৫ম স্নায়ুর চাক্ষুষ বিভাগের নাসা-শাখায় মিলিত হয়। ক্ষুদ্র ও বৃহৎ সিলিয়ারি স্নায়ুসকলও একত্রে ৫ম স্নায়ুর উক্ত নাসা-শাখা হইতে আইসে।

৩। **পাতলা হায়েলাইন মেম্ব্রেণ।** ইঁহাকে মেম্ব্রেণা পিগ্‌মেণ্টি কহে। ইহাও সিলিয়ারি বডির ল্যামিনা ভিট্রিয়ার অংশ মাত্র।

৪। **ইউভিয়া।** কেবল ইহাতেই নীল-চক্ষু ব্যক্তির বর্ণদ পদার্থ থাকে। ইহাও সিলিয়ারি বডির ইউভিয়ার অংশ মাত্র। সুস্থাবস্থায় আইরিস উজ্জ্বল দেখায়। উহা কনেক্টিভ টিস্যুর বর্ণদ পদার্থানুসারে যে কৃষ্ণবর্ণ দেখায় এবং ইউভিয়ার বর্ণদ পদার্থানুসারে যে নীলবর্ণ দেখায় না, ইহাও এক প্রকার স্বাভাবিক ঘটনা। কৃষ্ণবর্ণ ব্যক্তিদিগের নবপ্রসূত সন্তানদিগের চক্ষুও ভূমিষ্ঠসময়ে নীলবর্ণ থাকে। উহাতে পরে বর্ণোৎপত্তি হইয়া থাকে।

চক্ষুর অভ্যন্তরে যে আলোক প্রবিষ্ট হয়, তাহার চতুষ্পার্শ্বস্থ আলোক আইরিস ও তারা চক্ষুতে প্রবিষ্ট হইতে বাধা প্রদান করে। চক্ষুতে আলোক প্রবেশের সুশৃঙ্খলা ব্যতীত এই তারা দ্বারা দর্শনোপযোগিতারও বিশেষ সাহায্য হইয়া থাকে। আইরিসের সংকোচক ও প্রসারক পেশী অনুসারে তারা ক্ষুদ্র ও বৃহৎ হইয়া থাকে। চাক্ষুষ পেশী সকলের রোগ বর্ণনায় যেরূপ বিবৃত

হইবে, তদনুসারে চক্ষু-পরীক্ষা-সময়ে আলোকোত্তেজে তারার এই কার্য্যকারিতা পর্য্যবেক্ষণ করা উচিত।

তারায় আইরিসের স্নায়ুকৌশল অতি আশ্চর্য্য ও জটিল। নিম্নলিখিত স্থলে তারা সঙ্কুচিত হইয়া থাকে। ১। যখন রেটিনা উত্তেজিত এবং যখন রেটিনায় আলোক পতিত হয়। আলোক যত পরিষ্কার ও তেজস্কর হইবে, তারা তত ক্ষুদ্র হইবে। ২। বিদ্যুতাদি দ্বারা অপ্টিক নার্ভ উত্তেজিত হইলে। ৩। যখন চক্ষুকে নিকট-দৃষ্টির উপযোগী করা হয়। ৪। ক্লোরোফর্ম্ম ও সুরাসার প্রভৃতি দ্বারা শরীর বিষাক্ত হইবার প্রথমাবস্থায় এবং মর্ফিয়া ও এসারীন প্রভৃতি ঔষধ দ্বারা বিষাক্ত হইলে, সর্ব্বাবস্থায়। ৫। গভীর নিদ্রাগমে। ৬। চক্ষুতে এসারীন প্রভৃতি তারা-সঙ্কোচক ঔষধ স্পর্শে।

নিম্নলিখিত স্থলে তারা প্রসৃত হইয়া পড়ে। ১। চক্ষু হইতে আলোক লইলে অর্থাৎ উজ্জ্বল আলোকের পরিবর্ত্তে ক্ষীণালোকে। ২। যখন চক্ষুকে দূরদর্শনের উপযোগী করা যায়। ৩। শ্বাসবদ্ধ হইলে, স্পর্শদ স্নায়ুসকল ভয়ানক উত্তেজিত থাকিলে তদবস্থায়, কোঁতপাড়া ও খেঁচুনি প্রভৃতি ভয়ানক পৈশিক চেষ্টার সময়ে এবং ক্লোরোফর্ম্ম প্রভৃতি দ্বারা শরীর বিষাক্ত হইলে তাহার শেষাবস্থায় এবং য্যাট্রোপীন প্রভৃতি দ্বারা শরীর বিষাক্ত হইলে. তাহার সর্ব্বাবস্থায়। ৪। য্যাট্রোপীন প্রভৃতি তারা-প্রসারক ঔষধ চক্ষুস্পর্শে। অপিচ, যুবা ও বৃদ্ধ ব্যক্তিদিগের অপেক্ষা বালকদিগের এবং স্নায়ুপ্রবল ভীত ব্যক্তিদিগের ও নিকটদৃষ্টি দোষগ্রস্ত ব্যক্তির তারা সচরাচর কিঞ্চিৎ বড় থাকে।

তারায় দুইটী পরস্পর-বিপরীত কৌশল দেখা যায়। ১ম কৌশলে, উহা সঙ্কুচিত হয় এবং তাহা তৃতীয় এবং অপ্টিক স্নায়ু দ্বারা সাধিত হয়। অন্য কৌশলে উহা প্রসারিত হয় এবং পূর্ব্বাপেক্ষা বলবৎ হইলেও সার্ভিকাল সিম্প্যাথেটিক স্নায়ু দ্বারা সাধিত হয়। এই নিমিত্ত অপ্টিক স্নায়ু অথবা তৃতীয় স্নায়ু বিভাজিত হইলে, সিম্প্যাথেটিক নার্ভের প্রবলশক্তি দ্বারা আক্রান্ত হইয়া তারা প্রসারিত হইয়া পড়ে; তারার সঙ্কোচন শক্তি বিনষ্ট হইয়া যায়। এইরূপে সিম্প্যাথেটিক নার্ভ বিভাজিত হইলে, তারা সঙ্কুচিত হইয়া পড়ে। অপ্টিক এবং ৩য় স্নায়ু উত্তেজিত হইলে, সিম্প্যাথেটিকের প্রসারিকা শক্তি খর্ব্ব হইয়া যায় এবং তারা সঙ্কুচিত হইয়া পড়ে। তদ্রূপ, সিম্প্যাথেটিক উত্তেজিত হইলে.

তারা প্রসারিত হইয়া পড়ে; তৃতীয় স্নায়ুর সঙ্কোচিকা শক্তি খর্ব্ব হইয়া যায়।

যাহাহউক, এই বিষয় যত বিবেচনা কর, তত জটিল বোধ হয়। চক্ষুতে *এসারীন দিলে, তৃতীয় স্নায়ু বিভাজিত হউক, আর নাই হউক, তারা* সঙ্কুচিত হইয়া থাকে। উগ্র লোশনে উহা এত অধিক সঙ্কুচিত হয় যে, সিম্প্যাথেটিককে উত্তেজিত করিলেও তাহা দূরীভূত হয় না। এই সকল এবং অন্যান্য ঘটনায় ইহা বুঝা যায় যে, এসারীন হয় আইরিসের পৈশিক সূত্র সকলের উপর সাক্ষাৎ সম্বন্ধে কার্য্যকর হইয়া থাকে, নতুবা আইরিসের বা কোরইডের (যেখানে বাস্তবিক বহুতর গ্যাংলিওনিক কোষ আছে) স্ব স্ব এমত কোন স্থানিক ক্ষমতা আছে, যাহাতে তথায় উহা কার্য্যকর হইয়া থাকে।

বস্তু বৃহৎ দেখাইবার কাচ দিয়া জীবিত চক্ষুর আইরিস পরীক্ষা করিলে আইরিসের গভীর সূত্রস্তর সকলকে ঢেউ-খেলান বলিয়া বোধ হয়। কিন্তু, উপরের ঘন সূত্রসকলকে দুইটী y মিলিত হইলে যেরূপ আকার (^y) হয়, তদ্রূপ দেখায়। এইরূপ অসংখ্য আকৃতি-বিকৃতি থাকিলেও উহারা সময়ে সময়ে যে সঙ্কুচিত বা প্রসারিত হইয়া থাকে, তাহাতে আইরিসের প্রকৃত কোমল বিধান সামান্য মাত্রও আকৃষ্ট হয় না।

স্ফিনক্টার পিউপিলি ঢেউ-খেলান ভাবে তারার চতুর্দ্দিকে বৃত্তাকারে থাকে ও তাহাতে তারা সঙ্কুচিত হয়। আর গভীর সূত্রসকল কেন্দ্র হইতে পরিধি পর্য্যন্ত গমন করে এবং তাহাদিগকে ডায়লেটর পিউপিলি বা তারা-প্রসারক কহে।

সিলিয়ারি বডিও টিউনিকা ভ্যাস্কিউলোসার এক অংশ। উহা আইরিসের ভূমি হইতে পশ্চাদ্দিকে কোরইডের সম্মুখ পর্য্যন্ত বিস্তৃত। উহার সম্মুখভাগ ঘন এবং সিলিয়ারি প্রোসেসের আশ্রয়। পশ্চাদংশে কোন প্রোসেস নাই এবং তাহা ক্রমে পাতলা হইয়া কোরইডে মিলিয়া যায়। সিলিয়ারি প্রোসেসেও আইরিসের ন্যায় এই কনেক্টিভ টিস্যু আছে; এবং তাহা বাহ্যতঃ সিলিয়ারি পেশী দ্বারা সসীম। উহা এবং সিলিয়ারি বডির অবশিষ্টাংশ দুইটী বিভিন্ন কোষস্তরে আবৃত; এবং সেই দুইটী কোষস্তর আবার ল্যামিনা ভিট্রিয়া দ্বারা কনেক্টিভ টিস্যু হইতে পৃথগ্ভূত। ইহার মধ্যে বাহ্য স্তরে বর্ণ আছে; এবং তাহা পশ্চাদ্দিকে রেটিনার বর্ণদ ইপিথিলীয়মের সহিত এবং সম্মুখদিকে আইরিসের পশ্চাদ্বর্ত্তী ইউভিয়ার সহিত সমবেত। তারার প্রান্ত হইতে

পশ্চাদ্দিকে অপ্টিক ডিস্ক পর্য্যন্ত এই কোষস্তবককে কখন কখন ইউভিয়াল ট্র্যাক্ট শব্দে আখ্যাত করা হয়। অন্তরস্থ স্তরে কোন প্রকার বর্ণদ বীজ নাই; এবং তাহা ওরা সিরেটার সম্মুখস্থ রেটিনার অবশিষ্টাংশের আদর্শ মাত্র। এই স্তরের কিয়দংশ দ্বারা সস্পেন্সারি লিগামেণ্ট গঠিত হয়।

আইরিস হইতে সিলিয়ারি বডি ও সিলিয়ারি প্রোসেসে রক্তশিরা আগমন করে; এবং তাহারা আবার কৈশিক শিরাজালে পরিণত হয়। এই সকল রক্তশিরা দিয়া পশ্চাদ্দিকে ভিনা ভর্টিকোসা পর্য্যন্ত শোণিত সঞ্চালিত হইয়া থাকে।

কর্ণিয়া-স্ক্লেরটিকের সন্ধিস্থানের বিপরীত দেশস্থ লিগামেণ্টম পেক্টি-নেটমের সূত্র সকল হইতে সিলিয়ারি পেশী উদ্ভূত হয়। এই স্থান হইতে ইহার অনেক সূত্র পশ্চাদ্দিকে কোরইডে মিলিবে বলিয়া গমন করে; এবং অবশিষ্ট সূত্র অভ্যন্তর দিকে সিলিয়ারি প্রোসেসে গমন করে।

সিলিয়ারি পেশী এবং স্ক্লেরটিকের মধ্যবর্ত্তী স্থানে লিম্ফ থাকিবার একটী স্থান আছে। সিক্লাইটিস রোগে তথায় রস অথবা রক্ত জমা হয়।

লিম্ফ প্রবাহ।—ডাং স্কলৃবি বলেন যে, চক্ষুতে লিম্ফ থাকিবার বহুতর স্থান আছে। তথা হইতে উহা একটী সম্মুখ ও দুইটি পশ্চাৎ তিন প্রবাহে নিঃসৃত হয়। পেটিটের কেনাল, য়্যাকিউয়স চেম্বার, ফন্টানার স্থান, স্ক্লেমের কেনাল প্রভৃতি সম্মুখ প্রবাহের অন্তর্ব্বর্ত্তী। সিলিয়ারি প্রোসেস হইতে যে লিম্ফ নিঃসৃত হয়, তাহা তিনটী পথ দিয়া য্যাকিউয়স চেম্বারে নীত হয়। অধিকাংশ লিম্ফ ভিট্রিয়স হিউমারে ও পেটিটের কেনালে যাইয়া তথা হইতে সস্পেন্সারি লিগামেণ্ট দিয়া য়্যাকিউয়স চেম্বারে যাইয়া তারা পথ দিয়া অগ্রবর্ত্তী হইয়া থাকে। আবার, কিয়দংশ লিম্ফ স্বয়ং য্যাকিউয়সে উপস্থিত হইয়া তারাপথ দিয়া অগ্রবর্ত্তী হইয়া থাকে। তৃতীয় প্রবাহে সিলিয়ারি প্রোসেস হইতে আইরিসের ভূমি দিয়া লিম্ফ য়্যাকিউয়স চেম্বারের পরিধিভাগে গমন করে। এইরূপে উক্ত চেম্বারে য়্যাকিউয়স হিউমার উৎপন্ন হয়; এবং তথা হইতে স্ক্লেমের কেনালে ও নিকটবর্ত্তী রক্তশিরা গুচ্ছে এবং তথা হইতে কোরইডের ভেইন্স সকলে গমন করে। পশ্চাদ্বর্ত্তী লিম্ফ স্থান দুইটী। একটী কোরইড এবং স্ক্লেরটিকের এবং অপরটী রেটিনা এবং অপ্টিক নার্ভের।

রক্তসংঘাত (Hyperæmia or Congestion)

পিউবিউলেণ্ট অফথ্যাল্মিয়া, প্রবল ক্যাটারাল কঞ্জংটিভাইটিস, কেরাটাই-টিস, বিশেষত বাহ্যপদার্থের গভীবরূপে প্রবেশ-জনিত কেরাটাইটিস রোগে এবং অন্যান্য প্রকার আঘাতে, আইরিডেক্টমী অথবা ছানি তুলিবার অস্ত্রসাধনাদি দ্বারা এবং কোবইড প্রভৃতি চক্ষুব অভ্যন্তরস্থ অবয়বাদিব প্রদাহে, এবং বাত ও গেঁটেবাত ধাতুস্থ ব্যক্তিদিগের আইরিসে কখন কখন রক্ত-সংঘাত হইয়া থাকে। এরূপ অবস্থায় তাবা সঙ্কুচিত ও অক্ষম হয়; আইরিসের স্বাভাবিক বর্ণের, উজ্জ্বলতার এবং জালবৎ আকাবের ব্যত্যয় হইয়া থাকে। কর্ণিয়ার চতুষ্পার্শ্ববর্ত্তী স্ক্লেবটিকের আবক্তিম চক্রও ইহাতে দেখা যায। চক্ষু এবং ভ্রূদেশে বেদনা ও দৃষ্টি ঝাপসা হইয়া থাকে। বাস্তবিক, ইহা আইবাইটিস রোগের প্রথমাবস্থা। এই অবস্থায় আশু উপযুক্ত চিকিৎসা না করিলে, পরে প্রবল প্যাষ্টিক আইরাইটিস রোগেব বিপদ অতিক্রম করা দুরূহ হইয়া থাকে। এরূপ স্থলের চিকিৎসা আইরাইটিস বোগে বর্ণিত হইলেও চক্ষুতে য্যাট্রোপীন প্রয়োগ, বগে ব্লিষ্টাব বা জলৌকা লাগান এবং রঙ্গিন চসমা ব্যবহার প্রশস্ত।

আইরাইটিস (Iritis)

ওয়েল্‌স, জুলাব, গাউয়াব, ডি স্কুইনিট্‌জ, লসন, জোন্‌স্‌, নর্টন, ম্যাক্‌নামারা, উল্‌ফ, পাউযার ও নেটল্‌শিপ প্রভৃতি বিজ্ঞবর চিকিৎসকেরা এই বোগকে শ্রেণীবিভাগ করিতে বিস্তব মতভেদ করিয়া থাকেন। কেহ কেহ চিকিৎসার সুবিধার নিমিত্ত উৎপাদক কাবণ অনুসারে ইহাকে সিফিলিটিক, রিউম্যাটিক ইত্যাদি শ্রেণীতে বিভাগ করিয়া বর্ণনা করেন। কিন্তু, অনেকে সংপ্রাপ্তিগত পার্থক্য অনুসাবে প্রবল প্রদাহে ইহাকে সিরস, প্ল্যাষ্টিক এবং প্যারাঙ্কাইমেটস বা সপিউরেটিভ এই তিন শ্রেণীতে এবং পুবাতন বা স্থায়ী প্রদাহে সিম্পল ও টিউবার্কিউলার শব্দে অভিহিত করেন। কেহ ২ প্ল্যাষ্টিক ও সপিউ-রেটিভ এই দুই শ্রেণীতে মাত্র বিভাগ করেন; এবং সিম্পল ও ইডিওপ্যাথিককে প্ল্যাষ্টিকের অন্তর্গত করেন। যাহাহউক, চিকিৎসা-সময়ে বিশেষ সুবিধা হয দেখিয়া, আমি পুনঃ পুনঃ উল্লেখের ভয় না করিয়া, এস্থলে তৎসমস্তই যথাবৎ সংক্ষেপে বর্ণনা করিতেছি।

লক্ষণ।—প্রদাহিত হইলে, আইরিসের বর্ণব্যত্যয় এবং নিয়মিত সঙ্কোচন-প্রসারণে অক্ষমতা, তারার সঙ্কোচন, দৃষ্টির আবিলতা, বিশেষত সূর্য্যাস্তের পর বিলক্ষণ অস্পষ্ট দৃষ্টি, কর্ণিয়ার চতুর্দ্দিকস্থ স্ক্লেরটিকে রক্তসংঘাত এবং চক্ষুতে বেদনা ও আলোকভীতি প্রভৃতি লক্ষণ সত্ত্বে, তারার প্রান্তে অথবা আইরিসের উপরিভাগে ও অন্তরে অন্তরে লিম্ফ নামক রসপদার্থ নিঃসৃত হয় এবং য়্যাকিউয়স ঘোলা হইয়া পড়ে। প্রবল ও স্থায়ী অবস্থা ধরিয়া এই সকল লক্ষণের তারতম্য ঘটে। যাহাহউক, পুনঃপুনঃ উল্লেখ না করিয়া যে সকল লক্ষণ সাধারণতঃ সকল প্রকার আইরাইটিস রোগে দেখিতে পাওয়া যায়, অগ্রে সেই সকল লক্ষণের বিষয় বর্ণনা করিয়া, পরিশেষে শ্রেণীগত বিশেষ বিশেষ লক্ষণ তত্তৎস্থলে বর্ণিত হইবে।

সাধারণ লক্ষণ।—য়্যাকিউয়স পীতবর্ণ ও সিরম নামক রসযুক্ত হয়; এবং পীড়ার প্রকোপ অনুসারে লিম্ফ অথবা পূয়কণা বিশিষ্ট হইয়া ঘোলা হইয়া পড়ে। এই পূয কখন কখন য়্যান্টেরিয়র চেম্বারে সংযত হইয়া হাইপোপিয়ন রোগোৎপাদন করে।

স্ক্লেরটিক ও কঞ্জংটাইভা, বিশেষতঃ তাহাদের তলনির্ম্মাণ প্রায়তঃ অল্প বা অধিক পরিমাণে আরক্তিম হয়। কখন কখন এই রক্তাধিক্য কেবল পুটীয় কঞ্জংটাইভায় আবদ্ধ থাকে; আর কখন কর্ণিয়া পর্য্যন্ত সমস্ত আক্ষিক কঞ্জং-টাইভা আরক্তিম, এবং এমত কি, কিমোসিস যুক্ত হয়। কিন্তু, সিলিয়ারি প্রদেশ এই রক্তাধিক্যের প্রকৃত স্থান। এই স্থানেই স্ক্লেরটিকের আরক্তিম রক্তশিরা সকল কর্ণিয়ার চতুর্দ্দিকে মণ্ডলাকারে দৃষ্ট হয়। বেদনা এবং সিলি-য়ারি প্রদেশের এই রক্তাধিক্যের আয়তন ও প্রবলতা দেখিয়া আইরাইটিস রোগের প্রবলতা অনুমান করা যায়।

অক্ষিপুট, বিশেষতঃ ঊর্দ্ধপুট অল্প বা অধিক পরিমাণে স্ফীত ও আরক্তিম হয়।

বেদনা, পীড়িত চক্ষুতে অল্প বা অধিক পরিমাণে প্রায়ই অনুভূত হয়। উহা তদ্দিকস্থ ললাটদেশে এবং কখন কখন গণ্ড ও নাসিকা পর্য্যন্তও বিস্তৃত হয়; এবং সন্ধ্যা হইতে বৃদ্ধি পাইয়া রাত্রিশেষে হ্রাস হয়। এই বেদনা বর্ষায় ও ঠাণ্ডায় বৃদ্ধি পায়; ঠাণ্ডা স্পর্শে যন্ত্রণার বৃদ্ধি হয়, এবং উষ্ণ স্পর্শে আরাম বোধ

হয়। উপদংশ অপেক্ষা বাতরোগজ স্থলে, এই বেদনার আধিক্য ঘটে; এবং তদ্দিকস্থ মস্তক পর্য্যন্ত বেদনা ও যন্ত্রণা হয়। যাহাহউক, সিলিয়ারি বডি প্রদাহিত না হইলে, কেবল আইরাইটিস রোগে সিলিয়ারি প্রদেশ স্পর্শমাত্রেই চক্ষু যন্ত্রণাদায়ক হয় না। এই যন্ত্রণার আধিক্যে এই রোগের প্রবলতা বুঝা যায়। পুরাতন এবং কখন ২ সিরস প্রদাহে এই বেদনা প্রায় থাকে না বলিলেই হয়।

শারীরিক অসুস্থতাও কখন কখন বেদনার আধিক্য হেতু ঘটিয়া থাকে। শরীরে জরবোধ, জিহ্বা লেপযুক্ত, মস্তক ভারি, ক্ষুধা মান্দ্য এবং বমন অথবা বমনোদ্বেগ প্রভৃতি ঘটে।

অস্পষ্ট দৃষ্টিও এই রোগের এক প্রধান লক্ষণ; এবং পীড়ার প্রকোপ অনুসারে উহার আধিক্য হয়। বৃহৎ বস্তু জ্ঞান ভিন্ন ক্ষুদ্র ও সূক্ষ্ম বস্তুর জ্ঞান থাকে না। রসনিঃসরণ, য়্যাকিউয়সের আবিলতা, অপ্টিক নার্ভ ও রেটিনায় রক্তসংঘাত এবং সাইনেকিয়া অথবা সিক্লাইটিস রোগ প্রযুক্তই এই অস্পষ্ট দৃষ্টি ঘটে।

আইরিস ঘোলা ও বিবর্ণ হয়। আইরিসে লিম্ফ সমাবেশন ও রক্তাধিক্য এবং য়্যাকিউয়সের পীতবর্ণই এই বিবর্ণতার কারণ। আবার এই লিম্ফ সমাবেশনে আইরিসের স্বাভাবিক সৌত্রিক জালবৎ আকার এবং উজ্জ্বলতারও হানি হয়। যাহাহউক, একটী চক্ষু সুস্থ থাকিলে, সেই সুস্থ চক্ষুর আইরিসের সহিত পীড়িত চক্ষুর আইরিসকে তুলনা করিলে, বর্ণ ও উজ্জ্বলতার এই ব্যত্যয় সহজেই অনুভব করা যায়। য়্যাকিউয়স ও কর্ণিয়া ঘোলা হইয়াও আইরিসের বর্ণব্যত্যয় ঘটিতে পারে। এই বর্ণব্যত্যয়ে নীল অথবা কপিস বর্ণের আইরিস অল্প বা অধিক হরিদ্বর্ণ, হরিদ্বর্ণের আইরিস পীতাভ হরিদ্বর্ণ এবং ঘোর পাটলবর্ণের আইরিস রক্তাভ হইয়া পড়ে।

তারা সঙ্কুচিত হয়; এবং তারার সঙ্কোচন-প্রসারণ শক্তিও অল্পাধিক হ্রাস হয়। আইরিসে লিম্ফ সমাবিষ্ট হওয়ায় উহার বৃত্তাকার সূত্র সকল পূর্ব্ববৎ স্বকার্য্য সাধন করিতে পারে না বলিয়াই এই হ্রাসতা জন্মে। সুস্থ চক্ষুটী রুমাল অথবা হস্ত দ্বারা ঢাকিয়া, যাহাতে পার্শ্ব হইতে পীড়িত চক্ষুতে আলোক পতিত হয়, এরূপ স্থানে রোগীকে রাখিয়া, চিকিৎসক অপর হস্ত দ্বারা পীড়িত চক্ষু পুনঃপুনঃ আবৃত ও অনাবৃত করিলে, সেই অন্ধকার ও আলোকে তারার

এই সঙ্কোচন-প্রসারণ শক্তির পরিমাণ বুঝিতে পারা যায়। রোগের প্রারম্ভ হইতেই যত দিন প্রদাহ থাকে, তত দিন পর্য্যন্ত আইরিসের এই সঙ্কোচন-প্রসারণ শক্তির হ্রাস দেখা যায়। উগ্র য়্যাট্রোপীন প্রয়োগেও উহা অত্যল্প মাত্র প্রসারিত হয়। লেন্স-ক্যাপসিউলের সহিত তারার সংযোগ ঘটে; কিন্তু, প্রথমতঃ এই সংযোগ স্থানে স্থানে হয় মাত্র। য়্যাট্রোপীন প্রয়োগেও সংযুক্ত স্থান প্রসারিত হয় না; সুতরাং অপরাপর স্থান অসম্পূর্ণ মণ্ডলাকারে মৃদু প্রসারিত হয়। পরে, যখন পীড়ার প্রকোপ অনুসারে এবং উপযুক্ত চিকিৎসার অভাবে তারার সমস্ত পরিধিভাগ মণ্ডলাকারে লিম্ফ সমাবিষ্ট হইয়া লেন্সের সহিত সংযুক্ত হয়, কেবল কেন্দ্রস্থল মাত্র যৎকিঞ্চিৎ অসংযুক্ত থাকে, তখন দৃষ্টির বিলক্ষণ ব্যাঘাত ঘটে, এবং পরিশেষে যখন সমস্ত তারা লেন্সে সংযুক্ত হয়, তখন তারা সম্পূর্ণ অবরুদ্ধ হওয়ায় একেবারেই দৃষ্টিরোধ ঘটে। লিম্ফ দ্বারা লেন্সের সহিত আইরিসের এই সংযোগের নাম সাইনেকিয়া (Synechia) পোষ্টেরিয়ার। সাইনেকিয়া অতি বিপদাবহ ঘটনা। একবার হইলে, পুনঃপুনঃ প্রদাহে অধিক সাইনেকিয়া ঘটিয়া তারা অবরুদ্ধ হইয়া যায়।

আলোকভীতি ও অশ্রু-নিঃসরণ এই রোগের সাধারণ লক্ষণ। স্থায়ী প্রদাহে, এই দুই লক্ষণের অনেক হ্রাস দেখা যায়, কিন্তু, প্রবল প্রদাহে অত্যন্ত বলবৎ হইয়া উঠে।

প্ল্যাষ্টিক্ আইরাইটিস্ (PLASTIC IRITIS)

এই প্রদাহ কখন কখন এত সামান্য পরিমাণে হয় যে, কঞ্জংটাইভার রক্তাধিক্য, আইরিসের বর্ণব্যত্যয়, আলোকভীতি ও চক্ষুতে বেদনা প্রভৃতি লক্ষণ সকল নাতিপ্রবলভাবে প্রকাশিত হয়। তারা স্থানে স্থানে লেন্সের সহিত সংযুক্ত হওয়ায়, য়্যাট্রোপীন প্রয়োগে অসম্পূর্ণ মণ্ডলাকারে প্রসারিত হয়; সুতরাং কেবল এই ঘটনা দেখিয়াও রোগের অস্তিত্ব উপলব্ধি করা যায়। আইরিসের উপরিভাগে এবং স্তরে স্তরে প্রদাহজনিত লিম্ফপদার্থ উদ্ভূত হইয়া, তথায় তাহা এক প্রকার সৌত্রিক টিসুরূপে পরিণত হয়। এই সৌত্রিক টিসু বা লিম্ফ্ দ্বারা আইরিসের সঙ্কোচক সূত্র সকল পরস্পর সংযুক্ত হয়;

এবং আইরিসের সহিত লেন্সের সংযোগ ঘটায় এবং তাহাতে তারা কথন কথন সম্পূর্ণ অবরুদ্ধ হইয়া পড়ে। এই লিম্ফ পদার্থ অল্প বা অধিক পরিমাণে আইরিসের পরিষ্কৃত উপবিভাগে কোন নির্দ্দিষ্ট স্থান অধিকার করিয়া থাকে না, উহা সমুদায় আইরিসের মর্ম্মে মর্ম্মে এরূপভাবে থাকে যে, জীবিত দেহে উহার বিদ্যমানতা সহজে দর্শন করা যায় না, কেবল তজ্জনিত আইরিসের আকৃতি ও বর্ণের ব্যত্যয় এবং শক্তিবৈপরীত্যই লক্ষিত হয় মাত্র। উহাতে পুয়াদি জন্মে না। যাহাহউক, এই লক্ষণই প্যারাঙ্কাইমেটস ও এই প্ল্যাষ্টিক্ আইরাইটিস রোগের বস্তুগত ভেদজ্ঞাপক। আইরিসের এবম্বিধ সামান্য প্রদাহ চক্ষুতে ছানি তুলিবার অস্ত্রসাধনের পরে অথবা আইরিসে কোন আঘাত লাগিয়াও ঘটিতে দেখা যায়। প্ল্যাষ্টিক আইরাইটিস রোগে সিলিয়ারি বডি প্রায়ই পীড়িত হয় না; ইহাই প্ল্যাষ্টিক ও সিরস শ্রেণীর ভেদজ্ঞাপক।

গুরুতর স্থলে, বেদনার আতিশয্য, পুটস্ফীতি, কঞ্জংটাইভার রক্তাধিক্য, অশ্রুনিঃসরণ, আলোকভীতি, য়্যাকিউয়সের আবিলতা ও আইরিসের বর্ণব্যত্যয় এবং তারার সঙ্কোচন ও অবরোধ প্রভৃতি লক্ষণ সকল স্ফুট লক্ষিত হইতে থাকে। কথন কথন এই প্রদাহে কর্ণিয়ার পশ্চাৎ স্তরের ইপিথিলীয়মে লিম্ফ সমাবিষ্ট হইয়া তৎস্থানকেও কিঞ্চিৎ ঘোলা করে। সচরাচর বাতরোগগ্রস্ত ব্যক্তিদিগের এবম্বিধ প্রদাহ ঘটে বলিয়া, অনেকে ইহাকে রিউম্যাটিক্ আই-রাইটিস শব্দে উল্লেখ করেন। কিন্তু, উপদংশ রোগে এবং গমেটা প্রভৃতি হইয়াও এই রোগ জন্মে। উপদংশজ স্থলে, এই রোগ প্রায়ই প্রত্যাবৃত্ত হয় না। কিন্তু বাতজস্থলে, এই রোগ প্রায়ই পুনঃপুনঃ প্রত্যাবৃত্ত হইয়া থাকে। মেহসম্ভূত বাতরোগে (Synovitis), যেমন মেহ রোগ প্রায়ত পুনঃ-পুনঃ উপস্থিত হয়, তদ্রূপ তৎসঙ্গে সঙ্গে এই আইরাইটিস রোগও পুনঃপুনঃ প্রকাশিত হয়।

প্রারম্ভ হইতেই উপযুক্ত চিকিৎসাদি না হইলে এবং কোনরূপ উপসর্গ না ঘটিলে, এইরূপ প্রদাহ ২।৩ সপ্তাহ থাকিয়া পরে স্বয়ং তিরোহিত হইতে আরম্ভ হয়। কিন্তু, এইরূপে প্রকৃতির উপর নির্ভর করিলে, পরিশেষে সাইনে-কিয়া ও তজ্জনিত বিপদ সকল ঘটিতে পারে।

সাইনেকিয়ায় তারার অবরোধ ঘটিলে, দৃষ্টিহানির কথা দূরে থাকুক, বরং

য়্যাণ্টেরিয়ার ও পোষ্টেরিয়ার চেম্বারের পরস্পর গতিবিধি রুদ্ধ হওয়ায়, পোষ্টেরিয়ার চেম্বারে অতিরিক্ত অসুস্থ রস সঞ্চিত হইয়া গ্লকোমা রোগজ পরিবর্ত্তনে চক্ষুকে চুপ্‌সিয়া ফেলে।

সিরস আইরাইটিস (SEROUS IRITIS)।

এই শ্রেণীগত প্রদাহে (কেরাটাইটিস পংটেটা, ডেসিমিটাইটিস, য়্যাকিও-ক্যাপ্‌সুলাইটিস) আইরিস হইতে পূর্ব্বোক্ত প্ল্যাষ্টিক পদার্থ নিঃসৃত না হইয়া সিরস নামক রস পদার্থ নিঃসৃত হওত তাহা য়্যাকিউয়সে সঞ্চিত হইয়া আইরিসকে পশ্চাদ্দিকে ঠেলিয়া রাখে; সুতরাং য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বার গভীর হয়। এইরূপ প্রদাহে আইরিস অত্যল্পমাত্র বিবর্ণ হয় এবং তারা প্রায়ই প্রকৃত পরিসরে অথবা সামান্যরূপে প্রসারিত হয়। তবে, কেরাটাইটিস পংটেটা এবং সিক্লাইটিস রোগ এইরূপ শ্রেণীতে সহানুবর্ত্তী থাকে। যাহাহউক, এই সকল লক্ষণই এই শ্রেণীজ্ঞাপক প্রধান লক্ষণ। দুই এক দীর্ঘস্থায়ী স্থল ব্যতীত, সিরস আইরাইটিস রোগে সাইনেকিয়া না ঘটায়, আইরিসের সঙ্কোচক সূত্র সকল প্রায়ই নিয়মিতরূপে সঙ্কুচিত বা প্রসারিত হইয়া থাকে। তবে, পীড়ার প্রকোপ বৃদ্ধি হইলে, অধিক পরিমাণে য়্যাকিউয়স ও ভিট্রিয়স সঞ্চিত হইয়া চক্ষুর বিতান এত বৃদ্ধি করে যে, গ্লকোমা রোগের লক্ষণাদি উদিত হইয়া চক্ষুর ভয়াবহ অবস্থা ঘটে। কিন্তু, রোগের প্রারম্ভ সময়ে, দৃষ্টির সামান্য অস্পষ্টতা ব্যতীত অন্য কোন গুরুতর লক্ষণ প্রকাশিত হয় না। য়্যাকিউয়সের বৃদ্ধি হওয়ায় য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারের গভীরতার এবং কর্ণিয়ার ন্যুব্জতার বৃদ্ধি ঘটে; এবং কোন কোন স্থলে, কর্ণিয়ার পশ্চাদ্বর্ত্তী স্তরের ইপিথিলীয়মে বিন্দু বিন্দু শ্বেতবর্ণ কলঙ্ক অর্থাৎ কেরাটাইটিস পংটেটা রোগ জন্মে; এবং কিছুদিন পরে, তাহা য়্যাকিউয়সে চ্যুত হইয়া পড়ে। বিশেষ অনুধাবন করিয়া দেখিলে, এই সকল ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র কলঙ্কপদার্থ চূর্ণ খড়ির ন্যায় য়্যাকিউয়সে ভাসমান দেখা যায়।

গর্ভাশয়ের পীড়াগ্রস্ত অতিদুর্ব্বল স্ত্রীলোকদিগের সচরাচর এই রোগ ঘটে। উপদংশ, বিশেষতঃ পৈত্রিক উপদংশ রোগেও অল্পবয়স্ক বালক বালিকাদিগের এই রোগ হইতে দেখা যায়। এই রোগ পুনঃ পুনঃ আক্রমণ করিতে পারে,

এবং প্রথম আক্রমণ সচরাচর ৩।৪ সপ্তাহ মধ্যে তিরোহিত হইলেও যখন সম্বৎসরের মধ্যে এই রোগ প্রত্যাবৃত্ত হয়, তখন উহা পূর্ব্বাপেক্ষা অধিক ভয়ঙ্কর হইয়া আইসে। সিক্লাইটিস রোগ সমবেত না হইলে, এই রোগে চক্ষুর বেদনা তত যন্ত্রণাদায়ক নহে। এই প্রদাহের সঙ্গে সঙ্গে আইরিডো-কোরইডাইটিস ও কোরইডো-রেটিনাইটিস প্রভৃতি প্রদাহ উপস্থিত হইলে, আরোগ্যান্তেও দৃষ্টির বিলক্ষণ অস্পষ্টতা থাকে। অপিচ, কখন কখন সিম্প্যাথেটিক্ অপ্থ্যালমিয়া রোগও এই রোগের আকার ধারণ করিয়া আইসে।

প্যারাঙ্কাইমেটস্ আইরাইটিস্ (PARANCHYMATOUS IRITIS)।

সপিউরেটিভ (Suppurative) শ্রেণী এই শ্রেণীর অন্তর্গত। এই প্রদাহে আইরিসের টিস্যু সকল স্থূল ও স্ফীত হয়; এবং আইরিসের পশ্চাতে ও উহার বিধানের মর্ম্মে মর্ম্মে ও তাহার পরিধিভাগে প্রদাহনিঃসৃত প্ল্যাষ্টিক পদার্থ সঞ্চিত হওয়ায়, সত্বর সাইনেকিয়া, তারার অবরোধ ও আইরিসে শোণিত সঞ্চালনের ব্যতিক্রম প্রভৃতি উপসর্গ ঘটে, এবং আইরিসের উপরিভাগে রক্তাভ পাটল-বর্ণের গ্রন্থি (Nodule) অথবা গমেটা সকল (Gummata) উৎপন্ন হয়। এই সকল গ্রন্থি কখন কখন আলপিনের মস্তকের ন্যায় ক্ষুদ্র হয়; কখন কখন একত্রে আইরিসের অধিকাংশ ভাগ আবৃত করিয়া উর্দ্ধে প্রায় কর্ণিয়া পর্য্যন্ত উন্নত হইয়া উঠে। কিছু দিন পরে, উহাদের বর্ণ অল্প পীত অর্থাৎ দেখিতে ঠিক সঞ্চিত পূয়ের ন্যায় হয়। উহারা আশোষিত হইয়া চতুর্দ্দিকে অবস্থত হইতে পারে, অথবা তথায় পূযোৎপত্তি হয়। এই পূয়োৎপত্তিই এই শ্রেণীকে প্ল্যাষ্টিক শ্রেণী হইতে পৃথক করে। যাহাহউক, এই সকল পদার্থ শোষিত হইলে, আইরিস পূর্ব্ববৎ সুস্থ অবস্থা প্রাপ্ত হইতে পারে। কিন্তু, এইরূপ শোষণ হওয়াও দুর্ঘট। সচরাচর আইরিস সাইনেকিয়া দ্বারা আবদ্ধ হইয়া পড়ে; এবং পূয় য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারে চ্যুত হইয়া হাইপোপিয়ন আকারে দৃষ্ট হয়। এই পূয় অবস্থায় অক্ষিপুটও বিলক্ষণ স্ফীত হইয়া থাকে।

ভারতবর্ষবাসীদিগের আইরিসে কৃষ্ণবর্ণ রঙ্গ থাকায় ঐ সকল গ্রন্থি সুস্পষ্ট লক্ষিত হয় না। কিন্তু, গৌরবর্ণ পাশ্চাত্যদিগের আইরিসে উহা স্পষ্ট

দেখিতে পাওয়া যায়। পৈত্রিক উপদংশ, বিশেষতঃ স্বোপার্জ্জিত উপদংশ রোগেই প্রায়ত এই রোগ ঘটে। আঘাত লাগিয়া অথবা ক্যাটারাক্ট প্রভৃতি অস্ত্রসাধনের পরেও আইরিসে এবম্বিধ প্রদাহ উপস্থিত হইতে পারে। যাহাহউক, সাধারণ লক্ষণে চক্ষুর যন্ত্রণা, আলোকভীতি, আইরিস, স্ক্লেরটিক ও কনজংটাইভার রক্তাধিক্য, য়্যাকিউয়সের আবিলতা, কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতা, পোষ্টেরিয়র সাইনেকিয়া, তারার অবরোধ ও অক্ষিপুটের স্ফীতি প্রভৃতি যে সকল লক্ষণের কথা উল্লেখ করা গিয়াছে, এস্থলে তত্তাবৎ লক্ষণ প্রায়ই অন্যান্য স্থল অপেক্ষা প্রবলভাবে উদিত হয়। তদ্ভিন্ন, এই রোগ প্রায়ই কেবল আইরিসে আবদ্ধ থাকে না। উহা আদিম অথবা গৌণভাবে কর্ণিয়া, সিলিয়ারি বডি, কোরইড এবং ভিট্রিয়স আক্রমণ করে (প্যানফ্থ্যাল্মাইটিস রোগ দেখ)। গ্রন্থি সকল কর্ণিয়ার সহিত সংযুক্ত হইয়া য়্যাণ্টেরিয়ার সাইনেকিয়া অথবা কখন কখন কর্ণিয়াকে ক্ষত করিয়া ওনিক্সের ন্যায় তন্মধ্যে পূয়নিবেশ করে। কখন কখন কোরইড ও সিলিয়ারি বডি প্রদাহিত হইয়া গ্লকোমা রোগের লক্ষণাদি প্রকাশ করে। যাহাহউক, আঘাতজ স্থল ব্যতীত এই রোগে রোগী অতি দুর্ব্বল থাকে; এবং এই রোগে চক্ষু প্রায়ই বিনষ্ট হইয়া যায়। কুষ্ঠরোগ হইলেও আইরিসে এইরূপ প্রদাহ ঘটিয়া চক্ষু বিনষ্ট হইতে পারে।

আইরাইটিস সিফিলিটিকা (Syphilitica)।—সচরাচর এইরূপ আইরাইটিস ঘটে। স্বোপার্জ্জিত উপদংশ রোগে জননেন্দ্রিয়ে ক্ষত হইবার সচরাচর ৯ মাসের মধ্যে অথবা কখন কখন ২ বৎসরের মধ্যে অর্থাৎ যে সময়ে উপদংশ বিষ সর্ব্বাঙ্গে ব্রণাকারে সঞ্চারিত হয়, তৎসময়ে অথবা কিঞ্চিৎ পরে, যুবা ব্যক্তিদিগের, এবং পিতামাতা হইতে উত্তরাধিকারী হইয়া কিশোর বয়স্ক বালকদিগের এই রোগ জন্মে। এইরূপ রোগে আইরিসের পরিধিভাগে বা তারার প্রান্তে কখন কখন পীতাভ নডিউল বা গমেটা দেখা যায় এবং তাহারা কখন কখন কর্ণিয়া ও স্ক্লেরটিকের সন্ধিস্থল ভেদ করিয়া বাহিরে আইসে। কালে উহারা মেদাপকর্ষে পরিবর্ত্তিত অথবা শোষিত হইয়া যায়। কিন্তু, এইরূপ রোগে আইরিসে পূয়াদি জন্মে না। এই রোগের গতি অতি বিরক্তি-কর। যাতনা ও রক্তাধিক্য প্রভৃতি তত প্রবল হয় না বটে, কিন্তু একবার

আরোগ্য হইলে, প্রায়ই প্রত্যাবর্ত্তন করে না। শতকরা প্রায় ৬০।৭০ জন এই কারণে এই রোগ ভোগ করে। এই প্রদাহ প্ল্যাষ্টিকের অন্তর্গত।

আইরাইটিস রিউম্যাটিকা (Rheumatica)।—উপদংশ রোগের ন্যায় বাত রোগেও সচরাচর অধিক সিরস বা অল্প প্ল্যাষ্টিক শ্রেণীভুক্ত আইরাইটিস রোগ জন্মে। ২০ হইতে ৫০ বৎসর বয়সে এই রোগ ঘটে। এই প্রদাহ সর্ব্বাপেক্ষা অতি প্রবলভাবে আইসে এবং সচরাচর অধিক দিন থাকে। যে সময়ে হস্তপদ ও গাঁইটে বাত রোগ থাকে তৎসময়ে, অথবা রোগী বাতজ্বর ভোগ করিয়া চক্ষুতে এই রোগ ভোগ করে। সচরাচর বাত ও উপদংশ সমবেত উভয় কারণে এই আইরাইটিস রোগ জন্মে। এই রোগে বিস্তৃত বা শীঘ্র সাইনেকিয়া ঘটে না; এবং আরোগ্য হইলে, এই সাইনেকিয়া প্রযুক্তই এই রোগ বারংবার প্রত্যাবর্ত্তন করে। যে সময়ে প্রত্যাবর্ত্তন করে, তখন শরীরে বাতরোগজ যাতনাদি না থাকিলেও পদতলে বেদনা থাকে। এই রোগকে রেকরেণ্ট (Recurrent) আইরাইটিস রোগ ও বলে।

গণোরিয়াল আইরাইটিস (Gonorrhœal)।—এই রোগও বাত রোগজ প্রবল স্থলের ন্যায় সিরস অথবা প্ল্যাষ্টিক শ্রেণীর অন্তর্গত। মেহ রোগের সঙ্গে শরীরের গাঁইটে গাঁইটে বাত রোগও বর্ত্তমান থাকে; এবং এই মেহ রোগের সঙ্গে সঙ্গে চক্ষুর এই রোগও প্রত্যাবৃত্ত ও অন্তর্হিত হয়। গাঁইটে বেদনা ও স্ফীতি হইলেই চক্ষুর বেদনাদি কমিয়া যায়। এই রোগে চক্ষুতে বেদনা, বিষণ্ণতা ও নিদ্রারাহিত্য অতি প্রবল হয়। এই রোগ কৃচ্ছ্র-সাধ্য; এবং ইহাতে শীঘ্র বিস্তৃত সাইনেকিয়া জন্মে। জননেন্দ্রিয়ে যত দিন মেহবীজাণু বর্ত্তমান থাকে, তত দিন উপযুক্ত চিকিৎসা সত্ত্বেও চক্ষুর এই রোগ আরাম হয় না। এই রোগে কঞ্জংটাইভাও অল্পাধিক প্রদাহিত হয়; কিন্তু সেরূপ প্রদাহ গণোরিয়াল কঞ্জংটিভাইটিসের ন্যায় তাদৃশ ভয়াবহ নহে। ইহাতে কর্ণিয়ায় ক্ষতাদি হয় না।

আইরাইটিস স্পঞ্জিয়া (Spongia)।—এই রোগে য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারে স্পঞ্জের ন্যায় একটী পীতাভ শ্বেত পদার্থ যেন স্থানচ্যুত অস্বচ্ছ লেন্সের ন্যায় বর্ত্তমান দেখা যায়। আইরিসে রক্তস্রাব ঘটিয়া সেই রক্তের

রসপদার্থ য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারে নিঃসৃত হইয়া পড়িয়া ইহা ঘটে; এবং সচরাচর কর্ণিয়ার নিকটবর্ত্তী অংশে শোষিত হইয়া যায়।

আইরাইটিস ট্রম্যাটিকা (Traumatica)।—ইহাকে পিউরিউলেণ্ট আইরাইটিস রোগও বলে। ছানি প্রভৃতি অস্ত্রসাধনে আইরিস আঘাতিত হইয়া বা ঠেলিয়া আসিয়া প্রবল বা অপ্রবলভাবে এই রোগ ঘটে। প্রবল অবস্থায় ইহাতে অত্যন্ত পুটস্ফীতি, অত্যন্ত অশ্রুনিঃসরণ, কিমোসিস এবং হাইপোপিয়ন হইতে দেখা যায়। আইরিস অত্যন্ত স্ফীত ও তদুপরি পাতলা পূযস্তর বা তাবায এক বিন্দু পূয দেখা যায। কোন বাহ্য পদার্থ বা মাংস-পচনবিষ চক্ষুতে থাকিলে, এই রোগ অতি প্রবল আকাব ধাবণ করে। ২।১টী রক্তশিরা ছিঁড়িয়া রক্তস্রাব ঘটে; এবং পূয়স্রাবে চক্ষু বিধ্বংস হইয়া যায়।

ক্রণিক সিম্পল আইরাইটিস (Chronica Simplex)।—এই শ্রেণীতে উপযুক্ত স্থানিক ও শারীরিক চিকিৎসা সত্ত্বেও প্ল্যাষ্টিক আইরাইটিস একেবারে তিরোহিত না হইয়া, কর্ণিয়ার চতুষ্পার্শ্ববর্ত্তী স্ক্লেরটিক অল্প আরক্তিম থাকে এবং তৎসঙ্গে অস্পষ্ট দৃষ্টি, আলোকভীতি এবং মিউসি ভলিট্যাণ্টিস বিদ্যমান থাকে। দৃষ্টিপথ শীঘ্র পরিষ্কার হয় না এবং চক্ষুতে সামান্য স্থায়ী বেদনা থাকে। কিছু দিন এইরূপ থাকিয়া এই রোগের প্রবল লক্ষণাদি স্থায়ী আকারে পরিবর্ত্তিত হয। প্রবল অবস্থা ভোগ না করিয়াও এইরূপ আইরাই-টিস রোগ ছানি তুলিবার পরে হইতে পারে। এইরূপ প্রদাহকে শান্ত (Quiet) আইরাইটিস রোগ কহে। (সিক্লাইটিস ও আইরিডো-কোরইডাই-টিস দেখ)।

টিউবার্কিউলার আইরাইটিস (Tubercular)।—ইহাও একপ্রকার পুরাতন প্রদাহ; এবং প্রথমাবস্থায় তত বুঝা যায় না ও প্রায় সচরাচর ঘটে না। ইহাতে প্রথমাবস্থায় প্রদাহাদি সামান্যভাবে হয়। আইরিসে নডিউল জন্মিয়া সমস্ত য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বার পূর্ণ হয়। উহার বর্ণ ইষ্টকের ন্যায় লোহিত এবং স্থানে স্থানে ধূসর এবং তাহাতে রক্ত-শিরা-সমাগম বোধ হয়। পরিশেষে এই রোগে প্রবল গ্লকোমা রোগের লক্ষণাদি উপস্থিত হয়। আইরাইটিস রোগের চিকিৎসায় এই রোগ আরোগ্য হয় না; এবং বালক ও যুবা ব্যক্তি-

দিগের ঘটে। এই রোগ হইলে, শরীরের অন্যান্য স্থানে টিউবার্কিউলোসিসের চিহ্ন (সার্ভিক্যাল গ্ল্যাণ্ডের বৃদ্ধি, শীর্ণ ও দুর্ব্বল শরীর প্রভৃতি) দেখা যায়।

গ্রানিউলার আইরাইটিস (Granular)।—এই প্রদাহও সচরাচর ঘটে না। ইহাতে আইরিসের উপরিভাগে অস্বচ্ছ দানা দানা পদার্থ জন্মে। আইরাইটিসের চিকিৎসার সঙ্গে সঙ্গে ২।৩ সপ্তাহের মধ্যে উহারা অন্তর্হিত হয়।

গাউটি আইরাইটিস (Gouty)।—গেঁটে বাত রোগগ্রস্ত পিতামাতার সন্তানসন্ততিও সেই ধাতুস্থ হইয়া কখন কখন চক্ষুতে এই রোগ ভোগ করে। প্রত্যাবৃত্ত না হইলেও ইহা অতি কৃচ্ছ্রসাধ্য রোগ। বেদনা, রক্তাধিক্য প্রভৃতি থাকে না। কিন্তু পোষ্টেরিয়ার সাইনেকিয়া ঘটে এবং তাহাতে কখন কখন সমস্ত তারা অবরুদ্ধ হয় এবং চক্ষুর দৃষ্টি লোপ হয়। একটী চক্ষু এইরূপে বিনষ্ট হইয়া পরে অপরটীও রোগগ্রস্ত হইয়া পড়ে।

ইডিওপ্যাথিক আইরাইটিস (Idiopathic)।—এই রোগ পূর্ব্বোক্ত কোন কারণে উৎপন্ন হয় না। হঠাৎ ঋতু পরিবর্ত্তনাদি ঘটিয়া স্বতঃ অথবা রোগীর পেট গরম থাকিলে এই রোগ ঘটে। এই রোগের লক্ষণাদি তাদৃশ ভয়ানক নহে।

কারণ।—এই রোগ আদিম বা গৌণ এবং প্রবল বা স্থায়ী হইয়া থাকে। আদিম অবস্থায় প্রদাহ প্রথমে আইরিসে উপস্থিত হয়; এবং গৌণ অবস্থায় নিকটস্থ অবয়ব হইতে প্রদাহ সঞ্চারিত হইয়া আইরিসে আইসে। এই উভয় প্রদাহই প্রবল, নাতিপ্রবল অথবা সামান্যাকারে পুরাতন বা স্থায়ীভাবে দৃষ্ট হয়। উপদংশ, বাত, গেঁটে বাত, মেহজ বাত, স্ক্রফুলা, ম্যালেরিয়া জ্বর, সান্নি-পাতিক জ্বরবিকার, সূতিকা জ্বর, বহুমূত্র এবং গনোরিয়া প্রভৃতি শারীরিক অসুস্থতায়, বৃষ্টিভোগ প্রভৃতি অথবা চক্ষুকে চাক্ষুষ কার্য্যে অত্যন্ত ক্লান্ত করিয়া অথবা কেবল চক্ষুতে অতিশয় ঠাণ্ডা লাগাইয়া, অস্ত্রসাধন প্রভৃতি কোন প্রকার আঘাতে, অথবা কোন পদার্থ প্রবেশনে, অথবা চক্ষুতে অযথা ঔষধ প্রয়োগে আদিম রোগ উপস্থিত হয়। গৌণ আইরাইটিস রোগে কঞ্জংটাইভা, কর্ণিয়া, সিলিয়ারি বডি এবং কোরইড প্রভৃতি নিকটস্থ অবয়ব হইতে প্রদাহ সঞ্চারিত হইয়া আইসে; এবং আদিম রোগ গৌণ হইয়া ঐ সকল নির্ম্মাণে সঞ্চারিত

হয়। যাহাহউক, অপর চক্ষুটীর সাংঘাতিক্ পীড়ায় সমবেদনাক্রমেও সুস্থ চক্ষুটীতেও এই রোগ উৎপন্ন হয়। কেহ কেহ বলেন যে, শতকরা ৬০।৭০ জন কেবল উপদংশ কারণে এবং ৮০।৯০ জন উপদংশ ও বাত উভয় কারণে এই রোগ ভোগ করেন।

অনেক স্থলেই সিবস অথবা প্ল্যাষ্টিক শ্রেণীর কারণ অনুমান করা দুঃসাধ্য হইয়া থাকে। উপদংশ, বাত, গেঁটে বাত, মেহজ বাত এবং কদাচিৎ বহুমূত্র ইহার কারণ বলিয়া গণ্য। বসন্ত প্রভৃতি রোগে ও আঘাত লাগিয়া অথবা আইরিডেক্টমী বা ছানি তুলিবার বা ছানি ছিদ্রিত করিবার অস্ত্রসাধনেও প্রবল প্ল্যাষ্টিক আইরাইটিস রোগ জন্মে। পিউরিউলেণ্ট অফথ্যাল্মিয়া, কর্ণিয়ায় ভয়ানক ক্ষত, ইণ্টারষ্টিশিয়াল কেরাটাইটিস এবং কোরইডাইটিস প্রভৃতি রোগেও এই রোগ (সেকেণ্ডারি আইরাইটিস Secendery) জন্মে।

সিরস আইরাইটিস যাহাকে আইরিডো-সিক্লাইটিস কহে, তাহাও উপদংশ প্রযুক্ত ঘটে। সিম্প্যাথেটিক অফথ্যাল্মাইটিস রোগে এইরূপ প্রদাহ ঘটে। ইহা কোন সময়ে আবার প্ল্যাষ্টিক শ্রেণীভুক্ত হইতে পারে।

সপিউরেটিভ আইরাইটিস রোগের প্রায় সর্ব্বস্থলই অক্ষিগোলকে কোন প্রকার মাংসপচন বিষ প্রবিষ্ট হইয়া ঘটে। পিউরিউলেণ্ট অফথ্যাল্মিয়া জনিত কর্ণিয়ার স্লফিং ক্ষতরোগে এবং আকস্মিক কোন আঘাতে কর্ণিয়া বিদ্ধ হইলে বা উহা কোনপ্রকার অস্ত্রসাধনে বিদারিত হইলেও এই প্রদাহ উপস্থিত হয়। শারীরিক দুর্ব্বলতায় রোগী পূর্ব্ব হইতেই এই রোগপ্রবণ থাকে। কখন ২ বালকের নখাঘাতে স্তন্যদাত্রী মাতারও এই ভয়ানক চক্ষুর্নাশক বিপদ ঘটে। বসন্ত, সূতিকা জ্বর, পাইয়িমিয়া, সপিউরেটিভ এণ্ডোকার্ডাইটিস প্রভৃতি শারীরিক দূরবর্ত্তী রোগেও এই রোগ ঘটে। টিউবার্কিউলার আইরাইটিস রোগও শরীরে কোন সংক্রামক বীজপ্রবেশে ঘটে; এবং আইরিস ঐ সকল বীজ-পদার্থের উপযুক্ত স্থান। গ্রানিউলার আইরাইটিস রোগও উপদংশ কারণে ঘটে এবং উপদংশজ গমেটা হইতে পৃথক রোগ।

গতি।—পাঁচ সাত সপ্তাহ এই রোগের স্থায়ীকাল। কিন্তু, উপযুক্ত চিকিৎসায় ২।৩ সপ্তাহেই নির্দ্দোষে আরাম হইতে পারে। উপদংশ, বাত এবং মেহজ স্থলে, যথায় শরীরে তত্তৎ রোগজ অন্যান্য লক্ষণাদি বর্ত্তমান থাকে, তথায়

এই রোগ পুনঃ পুনঃ প্রত্যাবর্ত্তন করে। সাইনেকিয়া ঘটিলেই এই প্রত্যাবর্ত্তন সচরাচর ঘটে।

যুবা এবং প্রৌঢ় ব্যক্তি ভিন্ন বালকদিগের এই রোগ প্রায়ই হয় না। এক বা উভয় চক্ষুতে এবং স্ত্রীলোক অপেক্ষা পুরুষদিগের এই রোগ হয়। দশ বৎসরের কম বয়সে ঘটিলে, তাহা হয় পৈত্রিক উপদংশ কারণে বা আঘাতে বা কর্ণিয়ার প্রদাহ বা ক্ষত রোগে ঘটে। ভ্রূণদিগেরও এই রোগ ঘটিতে পারে।

জটিলতা।—আইরাইটিস হইলে, কর্ণিয়াও পীড়িত হইতে পারে। কিন্তু, সাধারণতঃ কর্ণিয়ার পীড়াতেই আইরাইটিস হইতে দেখা যায়। এই রোগে দৃষ্টির ঝাপসা বাড়িলে ও স্পর্শে চক্ষু অতিশয় যন্ত্রণাদায়ক বোধ হইলে এবং সিলিয়ারি প্রদেশের আরক্তিমতা বৃদ্ধি পাইলে, বিশেষতঃ অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রে ভিট্রিয়সে অস্বচ্ছতা দেখা যাইলে ও সহজদর্শন সময়ে সেই অস্বচ্ছতা ভাসমান বোধ হইলে, আমরা আইরিসের সঙ্গে সিলিয়ারি বডি ও কোরইড প্রদাহিত হইয়াছে এরূপ অনুমান করি। চক্ষুর বিতান বৃদ্ধি থাকিলে, ইউভিয়াল ট্র্যাক্টের পীড়ায় আইরিডো-কোরইডাইটিস রোগের অনুমান করা যায়। কিন্তু, আইরিডো-সিক্লাইটিস রোগে এই বিতান-বৃদ্ধি আবার খর্ব্ব হইয়া পড়ে; চক্ষু নরম বোধ হয়। য়্যান্টেরিয়ার এবং পোষ্টেরিয়ার সাইনেকিয়া ঘটে। কর্ণিয়া বিদারিত বা গভীর ক্ষতযুক্ত হইয়া এবং আইরিসের উপরিভাগে কখন কখন টিউবার্কল বা গমেটা যুক্ত হইয়া য়্যান্টেরিয়ার সাইনেকিয়া ঘটে। পোষ্টেরিয়ার সাইনেকিয়া থাকিলে এবং তাহাতে তারা সম্পূর্ণ অবরুদ্ধ হইলে, পোষ্টেরিয়ার চেম্বার হইতে য়্যান্টেরিয়ার চেম্বারের পথ অবরুদ্ধ হওয়ায়, ভিট্রিয়স চেম্বারে অতিরিক্ত রসসঞ্চয় হইয়া কখন কখন গ্লকোমা রোগও এই রোগের সহানুবর্ত্তী হইয়া থাকে। এই পোষ্টেরিয়ার সাইনেকিয়া ঘটিলে, লেন্সের ক্যাপসিউলে আইরিস সংযুক্ত হইয়া ক্যাপসিউলার ক্যাটারাক্ট নামে ছানি রোগও জন্মে।

পরিণাম।—প্রদাহের প্রকোপ ও কারণ দেখিয়া আইরাইটিস্ রোগের পরিণাম অনুমান করিতে হয়। প্রদাহের প্রারম্ভ হইতেই, অথবা যখন তারা লেন্সের সহিত সংযুক্ত হয় নাই, অথবা ক্ষীণভাবে সংযুক্ত হইয়াছে, তখন হইতেই যদি উপযুক্ত চিকিৎসা হয়, তবে সচরাচর ২।৩ মাসের মধ্যেই আরোগ্য হইয়া আইরিস পূর্ব্ববৎ সুস্থাবস্থা প্রাপ্ত হইতে পারে; এবং তজ্জন্য

দৃষ্টি অথবা চক্ষুর অন্য কোনরূপ বৈলক্ষণ্যও ঘটে না। দূরবদ্ধ পোষ্টেরিয়র সাইনেকিয়ায় অসম্পূর্ণ আরোগ্যও প্রত্যাশা করা যাইতে পারে। কিন্তু, উপশমে তাচ্ছীল্য করায় রোগ গুরুতর বৃদ্ধি পাইলে, তারা অবরুদ্ধ হইলে, চক্ষুর বিতান বৃদ্ধি বা হ্রস্ব হইলে, চক্ষু অথবা দৃষ্টির আশা করা বৃথা মাত্র। অন্যান্যস্থলেও আনুষঙ্গিক চক্ষুর অপরাপর অবয়বের রোগ, আঘাত অথবা অন্যান্য কারণের অবস্থা, রোগের প্রত্যাবর্ত্তন ও প্রত্যাবর্ত্তনের গুরুতা ইত্যাদি অনুধাবন করিয়া আরোগ্যবিষয়ে মতামত প্রকাশ করা উচিত। আরোগ্যান্তে দূরবদ্ধ সাইনেকিয়া সত্ত্বেও সূক্ষ্ম তারার অভ্যন্তর দিয়া রোগী দেখিতে পাইলেও কালে সেই দৃষ্টি বিনষ্ট হইতে পারে। কিন্তু, এরূপ সচরাচর দেখা যায় না। এরূপস্থলে রোগী লিখন-পঠন ভিন্ন সাধারণ কার্য্যাদি পীড়িত চক্ষু দ্বারা সমাধা করিতে পারে।

প্রথম হইতেই উপযুক্ত চিকিৎসায় সিফিলিটিক আইরাইটিস নির্দ্দোষে আরাম হইতে পারে। কিন্তু, প্রথম হইতে উপযুক্ত চিকিৎসা সত্ত্বেও রিউ-ম্যাটিক ও গণোরিয়াল আইরাইটিস প্রত্যাবর্ত্তন করে; এবং তাহাতে প্রত্যেক আক্রমণে দূরবদ্ধ সাইনেকিয়া দ্বারা তারা সম্পূর্ণ বা আংশিক অবরুদ্ধ হইয়া পড়িলে, অথবা গ্লকোমা রোগ ঘটিলে, দৃষ্টির আশা দুরাশা। তারা কেবল অবরুদ্ধ হইলে, আলোকান্ধকার জ্ঞান থাকে। এরূপ স্থলে, অস্ত্রসাধনে পুনর্দ্দৃষ্টির সম্ভাবনা আছে। কিন্তু, দীর্ঘস্থায়ী স্থলে তাহাতে বিশেষ উপকার প্রত্যাশা করা যায় না। চক্ষুর বিতান খর্ব্ব হইয়া পড়িলে, এই অস্ত্রসাধন করা অবৈধ। উপদংশ কারণে না হইলে, সিরস আইরিডো-সিক্লাইটিস রোগ শীঘ্র আরাম হইতে এবং দৃষ্টিরও আশা করা যাইতে পারে। কিন্তু, তাহাতে গ্লকোমা রোগজ বিতান-বৃদ্ধি ও অপ্টিক ডিস্কের য়্যাট্রোফি থাকিলে, দৃষ্টিবিষয়ে সুবিধা হয় না। আইরিডো-সিক্লাইটিস রোগ সমবেদনাক্রমে হইলে এবং টিউবার্কিউলার রোগ ও সপিউরেটিভ শ্রেণী অতি ভয়ানক রোগ। যাহাহউক, সাধারণতঃ প্ল্যাষ্টিক ও সিরস আইরাইটিসের পরিণাম প্যারাঙ্কাইমেটস্ প্রদাহ অপেক্ষা অনেক শুভ বলিতে হইবেক।

বিধান।—প্রখর রৌদ্র ও আলোক, হঠাৎ ঋতু-পরিবর্ত্তন, শৈত্য-সংস্পর্শ ও বৃষ্টি-ভোগ ইত্যাদি দ্বারা অনিষ্ট ঘটিতে পারে বলিয়া, রোগীকে

তত্তদ্বিষয়ে সাবধান থাকিতে হয়। আরোগ্যান্তেও এই সকল বিষয়ে সাবধান থাকিলে, এই রোগ প্রায়ই প্রত্যাবৃত্ত হয় না। এই রোগে উভয় চক্ষুরই বিশ্রাম দেওয়া উচিত। তবে, কোন কার্য্যোপলক্ষে গৃহের বাহিরে আসিতে হইলে, পীড়িত চক্ষুটী ব্যাণ্ডেজ দ্বারা এবং সুস্থ চক্ষুটী এক খানি সবুজ বর্ণের পর্দ্দা অথবা নীল বর্ণের চসমা দ্বারা আবৃত রাখা উচিত; এবং গুরুতরস্থলে, নিরন্তর অন্ধকার স্থানেই বাস করা বৈধ। লিখন পঠন ও সূচিচালন প্রভৃতি কার্য্যে চক্ষুঃসংযোগ, বিশেষতঃ প্রদীপের আলোকে তত্তৎ কার্য্য করা নিতান্ত বিরুদ্ধ। প্রয়োজনমতে কদুষ্ণ জলে স্নান ও আহারাদির সুব্যবস্থা করিয়া, এই রোগে ইন্দ্রিয়সেবা এবং মদ্যপানাদিতে বিরত থাকা সর্ব্বতোভাবেই উচিত।

চিকিৎসা।—উৎপাদক কারণ এবং প্রদাহের শ্রেণী বিবেচনা করিয়া এই রোগের চিকিৎসা করিতে হইলেও সর্ব্বস্থলেই নিম্নলিখিত বিষয় গুলি সমাধা করিতে হয়।

১। সর্ব্বাগ্রে তারা সম্পূর্ণ প্রসারিত রাখা।

২। বেদনা, যন্ত্রণা ও আরক্তিমতা নিবারণ করা।

৩। শারীরিক অন্যান্য অসুস্থতা নিবারণ করা এবং সাধারণ স্বাস্থ্য-বিষয়ে মনোযোগ দেওয়া।

৪। চক্ষুর বিতান-বৃদ্ধি হ্রাস করা।

৫। রোগের জটিলতা এবং পরবর্ত্তী ঘটনাদি শান্তি করা।

১। চক্ষুর তারা প্রসারিত রাখিবার নিমিত্ত ডিউবয়েসীন, ধাতুরীন, হায়োসীন, জেল্‌সিমীন প্রভৃতি তারা-প্রসারক ঔষধ সকল ত্যাগ করিয়া এবং প্রকোপ ও অবস্থাদি কোন বিষয়ে অনুধাবন না করিয়া, য়্যাট্রোপীন এই রোগে আদ্যন্ত ব্যবহৃত হইয়া থাকে। বাস্তবিক, ইহা এই রোগের মহৌষধ। সামান্য প্রবল আইরাইটিস রোগ কেবল য়্যাট্রোপীন ব্যবহারেই আরোগ্য হইতে পারে। এই ঔষধে তিনটী অভিপ্রায় সাধিত হইয়া থাকে। ১ম—ইহা দ্বারা তারা প্রসারিত হয়। তারা প্রসারিত থাকিলে, আইরিস লেন্স হইতে দূরবর্ত্তী হয়; সুতরাং সাইনেকিয়া ঘটিয়া আইরিসে লেন্সের সংযোগ এবং তারার অবরোধ ও তজ্জনিত বিপদপরম্পরা ঘটে না; অথবা সম্প্রতি সামান্য সাইনেকিয়া

ঘটিলে, তাহাকেও ছিন্ন করে। ২য়—এতদ্দ্বারা আইরিসের দাহিত পৈশিক ঝিল্লী সকল সম্পূর্ণ বিশ্রান্ত অবস্থায় থাকে এবং প্রদাহিত রক্তশিরা সকলের স্থূলতারও লাঘব হয়। ৩য়—আইরিস ও সিলিয়ারি বডিতে শোণিত সঞ্চালনের হ্রাস হওয়ায়, অতিরিক্ত য়্যাকিউয়স নিঃসৃত হইতে পারে না; সুতরাং চক্ষুর আভ্যন্তরিক প্রতিচাপের হ্রাস হইয়া চক্ষুকে অতিরিক্ত বিতানিত হইতে দেয় না। অপিচ, এতদ্দ্বারা চক্ষুর উত্তেজনা এবং সিলিয়ারি বেদনারও উপশম হইয়া থাকে। যাহাহউক, পীড়ার প্রারম্ভে অন্য কোন উৎপাত ঘটিবার পূর্ব্বে, নিয়মিতরূপে চক্ষুতে উগ্র য়্যাট্রোপীন লোশন্ (শতকরা ১ ভাগ, ৩৮ ব্য) ৩।৪ ঘণ্টা অন্তর ফোটা ফোটা প্রয়োগ করিলে অথবা য়্যাট্রোপীনের মলম (৩৬ ব্য) পুটদ্বয়ের মধ্যে নিবিষ্ট রাখিলে, অন্য কোন ঔষধের আশ্রয় না লইয়াও আরোগ্য লাভ করা যাইতে পারে। কিন্তু, চক্ষুর তারা প্রসারিত করিতে না পারিলে, আরোগ্যপক্ষে বিলক্ষণ সংশয় ঘটে। ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব ২ অথবা ১ গ্রেণ সল্‌ফেট অব্ য়্যাট্রোপীন্ ২ ড্রাম পরিশ্রুত জলে মিশ্রিত লোশন এক এক ফোটা করিয়া প্রথম দিবস ৩।৪ ঘণ্টা অন্তর চক্ষুতে প্রয়োগ করিতে বলেন। প্রথম ৫।৭ দিবস এই রূপ ব্যবস্থার অনুবর্ত্তী হইয়া, তৎপরে উহা চক্ষুতে প্রত্যহ তিন বার মাত্র প্রয়োগ করিলেই যথেষ্ট হইয়া থাকে। অল্প দিন মাত্র সাইনেকিয়া ঘটিলে, ৬ ঘণ্টা পর্য্যন্ত প্রতি ঘণ্টায় য়্যাট্রোপীন ব্যবহার করিলে, তাহা প্রায়ই ছিঁড়িয়া যায়, এবং লেন্সের ক্যাপসিউলের তত্তৎস্থানে সামান্য বিন্দু বিন্দু অথবা গোলাকার যে দাগ রাখিয়া আইসে তাহাও কালে সম্পূর্ণ অথবা অধিকাংশ অদৃশ্য হয়। এই নিমিত্ত লেন্সের ক্যাপসিউলে বিন্দু বিন্দু দাগ দেখা গেলে, পূর্ব্বজাত আইরাইটিস রোগের অনুমান করা যায়। যাহাহউক, যত দিন পর্য্যন্ত কর্ণিয়া-বেষ্টিত স্ক্লেরটিক এবং আইরিসের আরক্তিমতা তিরোহিত না হয়, তত দিন পর্য্যন্ত তারা সম্যক প্রসারিত রাখা সর্ব্বতোভাবে উচিত। অধিক দিনের এবং দৃঢ়বদ্ধ সাইনেকিয়া য়্যাট্রোপীনে ছিন্ন না হইলেও উহা দ্বারা তারার অবশিষ্টাংশ প্রসারিত থাকায়, আর অধিক সাইনেকিয়া ঘটিতে পারে না। কিন্তু, যে স্থলে, উগ্র য়্যাট্রোপীন ব্যবহারেও কোনরূপ ফল প্রাপ্ত হওয়া যায় না এবং চক্ষুর উত্তেজনা উপশম হওয়া দূরে থাকুক, বরং উত্তরোত্তর বৃদ্ধি

হইতে থাকে, তাহা য়্যাট্রোপীন ব্যবহার স্থগিত রাখিয়া, অগ্রে কপোলদেশে জোঁক লাগান বা চক্ষু মুদিত রাখিয়া তদুপরি ময়দা অথবা তিসির উত্তপ্ত পোল্টিস লাগান অথবা কর্ণিয়া ছিদ্রিত করিয়া য়্যাকিউয়স নিঃসৃত করত উত্তেজনা তিরোহিত করা বিধেয়।

দীর্ঘকাল য়্যাট্রোপীন ব্যবহার করিয়া কখন কখন গ্রানিউলার অথবা ক্রণিক কনজংটিভাইটিস্ রোগ উৎপন্ন হইতে দেখা যায়। এই কনজংটিভাইটিস রোগে পুটীয় কনজংটাইভা রক্তশিরাবিশিষ্ট ও স্ফীত এবং চক্ষু উত্তেজিত হইয়া থাকে। চক্ষুর পাতার চর্ম্মও স্ফীত হয়; এবং কোন কোন স্থলে, এক বার মাত্র য়্যাট্রোপীন ব্যবহারে আলোকভীতি, কিমোসিস ও আরক্তিমতা অত্যন্ত অধিক হয়; এবং গণ্ড ললাট ও পাতায় আরক্তিম ব্রণ সকল উৎপন্ন হয়। এরূপ হইলে, য়্যাট্রোপীন ব্যবহার একেবারেই রহিত করা উচিত; এবং তৎপরিবর্ত্তে ডিউবয়েসীন (শতকরা ½ ভাগ) অথবা হায়োসীন (শতকরা ৫ ভাগ) লোশন অতিসতর্ক হইয়া ব্যবহার করা উচিত; এবং পীড়ার অবস্থা ও প্রকোপ বুঝিয়া, য়্যালম, জিঙ্ক, কষ্টিক অথবা বোরাসিক্ লোশন (১৩, ১৪, ৩, ২২ ব্য) ব্যবহৃত হইতে পারে। এবম্বিধ রক্তশিরাসমাবিষ্ট গ্রানিউলার কনজংটিভাইটিস রোগে ডাক্তার ওয়েল্‌স সাহেব বোরাক্স লোশন (২০ ব্য) প্রত্যহ চক্ষুতে প্রয়োগ করিতে পরামর্শ দেন; এবং উত্তেজনা তিরোহিত করিবার ও তারা প্রসারিত রাখিবার নিমিত্ত বেলেডোনা লোশন (৪১, ৪২ ব্য) দ্বারা চক্ষুর উপর নিরন্তর পটি দিতে বলেন। কেহ কেহ এরূপ অবস্থায় ১ গ্রেণ য়্যাট্রোপীনের সহিত ১ গ্রেণ জিঙ্ক সলফ অথবা য়্যালম ব্যবহার করিয়া থাকেন।

অনেক সময়ে পরস্পর বিপরীত গুণবিশিষ্ট য়্যাট্রোপীন ও এসারীন (৩৮, ৪৮ ব্য) পর্য্যায়ক্রমে চক্ষুতে প্রয়োগ করিয়া পোষ্টেরিয়র সাইনেকিয়া ছিন্ন করিতে সমর্থ হওয়া যায়। অপিচ, কেহ কেহ বলেন যে, য়্যাট্রোপীন দ্বারা তারা দীর্ঘকাল প্রসারিত রাখিলে, উহা পুনরায় সঙ্কুচিত হইয়া পুর্ব্বাবস্থা প্রাপ্ত হয় না। কিন্তু, তাহা প্রায়ই ঘটিতে দেখা যায় না। ঘটিলে, এসারীন ব্যবহার করা যাইতে পারে। অপিচ, কোন প্রকারে য়্যাট্রোপীন ভক্ষণ ব্যতীত চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন ব্যবহারে শরীর বিষাক্ত হইয়া মৃত্যুও ঘটে না। য়্যাট্রো-

পীন দ্বারা শরীর বিষাক্ত হইলে, নাড়িবেগ দ্রুত, মুখগহ্বর উষ্ণ ও শুষ্ক, গলনলী শুষ্ক ও তিক্তবোধ, গলাধঃকরণে অসমর্থতা, পিপাসা, ক্ষুধাহানি, মুখস্ফীতি ও ক্ষিপ্তবৎ শব্দায়মানতা, মূত্রস্থলী ও জননেন্দ্রিয়ের উত্তেজনা, স্মরণ শক্তির হ্রাস, ভ্রমালাপ, স্বপ্নাতঙ্ক অথবা সংজ্ঞাহীনতা প্রভৃতি লক্ষণ প্রকাশিত হয়। চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন প্রয়োগ করিলে, উহা ল্যাক্রিমাল্ পংটমের অভ্যন্তর দিয়া নেজাল্ ডক্টে প্রবেশ করত নাসিকার মিউকস মেম্ব্রেণে শোষিত হইয়া কখন কখন শরীর বিষাক্ত হয় বটে; কিন্তু, য়্যাট্রোপীন ভক্ষণ অপেক্ষা চক্ষুতে ব্যবহার-জনিত বিষাক্তে উপর্যুক্ত লক্ষণাদিরও বিশেষ লাঘব হইয়া থাকে। যাহাহউক, য়্যাট্রোপীন প্রয়োগে শরীর বিষাক্ত হইলে, প্রয়োজন মতে ২।৪ ঘণ্টা অন্তর চর্ম্মনিম্নে মর্ফিয়া (⅙ বা ¼ গ্রেণ) অথবা পাইলো-কার্পাইন (½ গ্রেণ) পিচকারি দ্বারা শরীরে প্রবেশিত করিলে, শীঘ্র সেই বিষ বিনষ্ট হইয়া যায়; এবং ষ্টিমুল্যাণ্ট ঔষধের সঙ্গে সঙ্গে শীতল দুগ্ধ ও বরফ পান করা যাইতে পারে।

ভন্ গ্রেফি সাহেব উগ্র য়্যাট্রোপীন ব্যবহারের অব্যবহিত পরেই চক্ষু উত্তমরূপে ধৌত করিতে আদেশ করেন; এবং রাত্রিকালে চর্ম্মনিম্নে মর্ফিয়ার পিচকারি দিতে বলেন; সুতরাং তাহাতে সুনিদ্রাও হইয়া থাকে। যাহাহউক, ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব এই বিষয়ে বৃথা ভীত হইতে নিষেধ করিয়া উহা অবাধে আবশ্যক মত ব্যবহার করিতে আজ্ঞা দেন।

সুবিধা হেতু, কখন কখন য়্যাট্রোপীনের পাত, মলম অথবা য়্যাট্রোপীনে সিক্ত কাগজও চক্ষুতে ব্যবহৃত হয়। ইহাতে উদ্দেশ্যের হানি অথবা তদ্দারা শরীর বিষাক্তও হয় না। অপিচ, য়্যাট্রোপীন ব্যবহার সময়ে ইহা স্মরণ রাখা উচিত যে, উহাতে সিলিয়ারি পেশী ২।৪ দিনের জন্য অবশ থাকে; সুতরাং তজ্জন্য তৎকালে নিকট দৃষ্টির অনেক ব্যাঘাত ঘটে।

রক্তাধিক্য, উত্তেজনা ও শৈরিক যাতনা নিবারণার্থে অনেকে রগে, পাতায় বা ভ্রূদেশে জোঁক-লাগাইবার ব্যবস্থা দেন। ডাং ম্যাকনামারা সাহেব বলেন যে, তদ্দারা যাতনা কেবল ক্ষণিক নিবারিত হয় বটে, কিন্তু হৃষ্টপুষ্ট ব্যক্তি ব্যতীত উহা ব্যবহার করা যাইতে পারে না; বিশেষ তদ্দারা কখন কখন যাতনার বৃদ্ধি হইয়া থাকে। কিন্তু, কর্ণিয়া ছিদ্রিত করিয়া য়্যাকিউয়স

নিঃসৃত করিয়া দিলে, অথবা আর্দ্র বা শুষ্ক সেঁকে তদপেক্ষা সত্বর যাতনা নিবারিত হইতে পারে। নৈশ যাতনা নিবারণ করিবার নিমিত্ত, জোঁক লাগান যুক্তিযুক্ত হইলে, সন্ধ্যার কিয়ৎপূর্ব্বে কপোলদেশ ধৌত করিয়া, তথায় চক্ষুর অপাঙ্গ দেশ হইতে ১ ইঞ্চি দূরে এক কালে ২টী জোঁক বসান উচিত। রক্ত-শোষণ শেষ হইলেই তথায় অপর তুইটী এবং পীড়ার প্রকোপ ও অবস্থা বুঝিয়া এইরূপে ছয়টী পর্য্যন্ত জোঁক বসান যাইতে পারে। অতঃপর দষ্ট স্থান দিয়া উত্তমরূপে রক্ত ক্ষরিত হইবে বলিয়া, তথায় পোস্ত ঢেঁড়ি ও লডেনম মিশ্রিত উষ্ণ জলের সেঁক অথবা ময়দা বা তিসির পোল্টিস দেওয়া উচিত। জীবিত জোঁকের পরিবর্ত্তে রগে হার্টিলুপের কৃত্রিম জোঁকও ব্যবহার হয়। উহা ব্যবহার করিতে হইলে, রগের কিয়দংশ কেশ কামাইয়া তৎস্থানে ঐ যন্ত্র চাপিয়া বসাইয়া, উপরের শলাকা ঘুরাইয়া চর্ম্ম কর্ত্তন করত যন্ত্রের স্ক্রুপ ঘুরাইয়া রক্তমোক্ষণ করিতে হয়। ৫ মিনিটের মধ্যেই ঐ যন্ত্রে প্রায় ১ ঔন্স রক্ত মোক্ষণ করিতে হয়। তৎপরে ১২ ঘণ্টা চক্ষুতে কোনরূপে আলোক প্রবিষ্ট হইতে দিতে নাই।

যন্ত্রণা নিবারণ অথবা বিশ্রাম ও নিদ্রা হেতু, এই রোগে এক গ্রেণ আফিঙ্গ ২।৩ ঘণ্টা অন্তর সেবন করা উচিত। কিন্তু, বালকদিগের পক্ষে এত আফিঙ্গ ব্যবহার করা উচিত নহে। শয়ন সময়ে, অথবা প্রাতঃসন্ধ্যা ১০ গ্রেণ ডোভার্স পাউডার অথবা ⅙ গ্রেণ মর্ফিয়া সেবন করিলেও এই অভিপ্রায় সাধিত হয়। সাময়িক বেদনার নিমিত্ত কুইনাইন এবং সুনিদ্রার নিমিত্ত ক্লোরাল হাইড্রেট ও ক্রোটন ক্লোরাল প্রভৃতি ঔষধও (১১১, ১৯২ ব্য) ব্যবহৃত হইয়া থাকে। বেদনা, যন্ত্রণা ও রক্তাধিক্য নিবারণ হেতু, উষ্ণ জল, লডেনম, পোস্ত ঢেঁড়ি, ধুতুরা, ক্যামোমাইল, বেলেডোনা প্রভৃতির সেঁক দেওয়া উচিত। প্রতিদিবস অর্দ্ধ ঘণ্টা পর্য্যন্ত ৫।৬ বার এই সেঁক দিতে হয়। কেবল ভিজা সেঁক না দিয়া পর্য্যায়ক্রমে ভিজা ও শুষ্ক সেঁক দেওয়া উচিত। সাধারণ লবণের নুটী সেঁক বিশেষতঃ কুলের কাষ্ঠের অঙ্গারের সেঁক বিশেষ উপকারক ও আরামজনক। কেহ কেহ সেঁকের মধ্যবর্ত্তী সময় উষ্ণ পেঁজা তুলার প্যাড ও ব্যাণ্ডেজে চক্ষু বাঁধিয়া রাখেন। চক্ষু উষ্ণ জলে ধৌত করিয়া অত্যুষ্ণ জলপূর্ণ টিনের বাক্সের গাত্রে অথবা ল্যাম্পের উত্তপ্ত চিমনিতে পেঁজা তুলার প্যাড উত্তাপিত করিয়া

সেই প্যাড ব্যবহার করিতে হয়। সেঁকে যন্ত্রণার নিবৃত্তি না হইলে, তদ্ব্যবহার পরিত্যাগ করা উচিত। সপিউরেটিভ রোগে ভিজা সেঁক বিশেষ উপকারক বলিয়া, উহা কেবল তদ্রূপ স্থলেই ব্যবহার্য্য। য়্যাট্রোপীনে যন্ত্রণার নিবৃত্তি হয়; এবং তৎসঙ্গে কোকেন থাকিলে, আরো উপকার দর্শে।

পীড়ার প্রবল অবস্থা অতীত হইলে, রগে অথবা কর্ণপশ্চাতে ২।৩ বার ব্লিষ্টার প্রয়োগ করিলে, যন্ত্রণা ও রক্তাধিক্য নিবৃত্তি পায়। কর্ণিয়ার পশ্চাৎ স্তরের অস্বচ্ছতা নিবন্ধন দৃষ্টি অস্পষ্ট হইলে, এই ব্লিষ্টার দ্বারাই বিশেষ উপকার দর্শে।

সিলিয়ারি বেদনা নিবারণ করিতে ও তারা প্রসারিত রাখিতে এক্‌ষ্ট্রাক্ট বেলেডোনা (১৯১, ৮৪ ব্য) অক্ষিপুট ও ভ্রূদেশোপরি প্রলেপিত হইয়া থাকে। বেদনা নিবারণার্থে একোনিসিয়া অয়েণ্টমেণ্টও (৭৯ ব্য) উপর্য্যুক্তরূপে ব্যবহৃত হইতে পারে। যাহাহউক, এক্‌ষ্ট্রাক্ট বেলেডোনা, হেম্প, আফিঙ্গ ও গ্লীসারিণ সমভাবে কিঞ্চিৎ য়্যাট্রোপীনের সহিত মিশ্রিত করিয়া পুটোপরি প্রলেপিত হইলে, সিলিয়ারি বেদনা নিশ্চয়ই আরোগ্য হইয়া যায়। অক্ষি-পুট স্ফীত হইলে, পুটচর্ম্মে উগ্র কষ্টিক লোশন (৬২ ব্য) চিত্রিত করা যায়। কিন্তু, কনজংটাইভার রক্তাধিক্য হেতু উহা চক্ষুতে পাতিত করা কদাচ বৈধ নহে।

য়্যাকিউয়স অত্যন্ত ঘোলা হইলে, অথবা অধিক হাইপোপিয়ন জন্মিলে, চক্ষুর বিতান ও যন্ত্রণা উপশম করিবার নিমিত্ত কখন কখন কর্ণিয়া বিদ্ধ করত (Paracentesis) য়্যাকিউয়স অথবা পূয নির্গত করা উচিত। অন্যান্য ঔষধ অপেক্ষা যন্ত্রণা ও বিতান হ্রাস করিবার ইহা এক মহৎ উপায়। যাহাহউক, যাহাতে সমস্ত য্যাকিউয়স হঠাৎ নির্গত, নিডলের অগ্রভাগ অধিক পরিমাণে য়্যাণ্টেরিয়র চেম্বারে প্রবেশিত ও তদ্বারা লেন্স ও আইরিস আহত না হয়, অথবা য়্যাকিউয়স নির্গত হইলে, আইরিস ও লেন্স কর্ণিয়ায় সংলগ্ন হইয়া য়্যাণ্টেরিয়ার সাইনেকিয়া উৎপন্ন হইতে না পারে, এই প্যারাসেণ্টেসিস্ অস্ত্র-সাধন সময়ে তত্তদ্বিষয়ে বিশেষ সাবধান হইতে হয়।

চক্ষুকে একেবারেই বিশ্রান্ত রাখা উচিত। সম্পূর্ণ আরোগ্য পর্য্যন্ত চক্ষুকে বিশ্রাম না দিয়া, অথবা চিকিৎসা সময়ে চাক্ষুষ কার্য্য করিতে থাকিয়া, অনেকে

অনেক দিনের পর আরোগ্য হয়েন, অথবা আংশিক আরোগ্য হইয়া আবার রোগাক্রান্ত হয়েন। কেবল অন্ধকারে আবদ্ধ থাকিতেই হইবে এমত নহে; চক্ষুতে পর্দা লাগাইয়া অনালোকিত গৃহে চাক্ষুষ কার্য্য না করিয়া অবস্থান করাই শ্রেয়ঃ। প্রদাহাদি তিরোহিত হইবার ২।১ সপ্তাহ পরে চাক্ষুষ কার্য্য করিতে প্রবৃত্ত হওয়া উচিত।

শারীরিক চিকিৎসা।—যে সকল শারীরিক পীড়ায় এই রোগোৎপত্তি হইয়া থাকে, তাহার অনুসন্ধান লইয়া তত্তৎ রোগোপশম করা উচিত। রোগী ম্যালেরিয়া অথবা পালা জ্বর ভোগ করিতে থাকিলে, বায়ুরুদ্ধ গৃহে উষ্ণ জলে ফ্ল্যানেল ভিজাইয়া ও তাহা নিঙড়াইয়া তদ্দ্বারা গাত্রমার্জ্জনা করা এবং স্বেদনিঃসারক ঔষধাদির ব্যবস্থা করিয়া যাহাতে জ্বর ত্যাগ হয়, এবং অবশ্য কুইনাইন ও বলকর অন্যান্য ঔষধাদির (১১৪, ৯৬, ১৪৭, ১৩৩, ১৩৪, ১৩৫, ১৩৮, ১৩৯, ১৪০, ১৪১, ১৮৪ ব্য) ব্যবস্থা করিয়া যাহাতে রোগী সত্বর সুস্থ ও সবল হয়, তদ্বিধান করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। এইরূপ জ্বর, বিশেষত আইরাইটিস রোগজনিত বমনোদ্রেক নিবারণ করিতে ডোভার্স পাউডার এবং আফিঙ্গের বিশেষ ক্ষমতা আছে।

উপদংশ সম্ভূতস্থলেই মার্কারি ব্যবহার করা যায়। বাতজ স্থলে, উহা ব্যবহার করা নিষিদ্ধ। উপদংশ রোগ আরোগ্য করিতে মার্কারি ব্যতীত অন্য কোন ঔষধ অদ্যাপি আবিষ্কৃত হয় নাই। যে স্থলে, শরীরের অপরাপর অঙ্গেও গৌণ উপদংশের লক্ষণাদি বর্ত্তমান থাকে এবং আইরিসে অতিরিক্ত লিম্ফ নিঃসৃত হইয়াছে এরূপ বোধ হয়, তথায় ঝটিতি উহার ব্যবহার (১১৭, ১১৮, ১১৯, ১২২ ব্য) প্রশস্ত। তদ্ব্যতীত স্থলে, উহা প্রয়োগ করা কদাচ যুক্তিসঙ্গত নহে। রোগের প্রকোপ অনুসারে চিকিৎসার প্রারম্ভেই ২।১ গ্রেণ ক্যালোমেল ১০।৫ গ্রেণ ডোভার্স পাউডার অথবা ১।২ গ্রেণ আফিঙ্গের সহিত প্রত্যহ ৩ বার অথবা ৩।৪ ঘণ্টা অন্তর সেবন করা যাইতে পারে; অথবা প্রত্যেক রাত্রিতে ১৫।২০ গ্রেণ ক্যালোমেল দ্বারা পারদের বাষ্প গ্রহণ করা উচিত। শিশুদিগের পক্ষে, উরুদেশে অথবা বাহুমূলে কিঞ্চিৎ ব্লু মার্কিউরিয়াল অয়েন্টমেণ্ট প্রাতঃসন্ধ্যা দুইবার মর্দ্দন করা উচিত। যতদিন পর্য্যন্ত শরীরে পারদ কার্য্যকর না হয়, ততদিন পর্য্যন্ত উহা ব্যবহার করিতে থাকা উচিত। দন্তমূলের স্ফীতি ও

বেদনা এবং লালা নিঃসরণাদি দ্বারা উহার কার্য্যকারিতা উপলব্ধি হইয়া থাকে; এবং এই সকল লক্ষণ ঘটিলেই, তৎসময়ে কিয়দ্দিবস পারদ ব্যবহার স্থগিত রাখিতে হয়। কখন কখন দিবাভাগে হাইড্রার্জ্জ বেলেডোনা অয়েণ্টমেণ্ট (৭২ ব্য) ভ্রূ ও বগে ম্রক্ষিত করা যায়। পারদ ব্যবহার সময়ে ধেনো মদ্য বা কোন প্রকার মদ্য এবং কোন প্রকার ফলমূল আহার একেবারেই নিষিদ্ধ। তৎসময়ে যাহাতে শরীরে ঠাণ্ডা না লাগে, এরূপ সাবধানে থাকিয়া, গাত্রের অব্যবহিত উপরে ফ্লালেন পরিধান করা উচিত। যাহাহউক, আইরিসের লিম্ফ্ তিরোহিত হইলে, পারদ ব্যবহার ত্যাগ করা উচিত। তখন, শরীরে সহ্য হয় এরূপ ভাবে, ক্রমাগত ২।৩ মাস পর্য্যন্ত ১০।১৫ গ্রেণ মাত্রায় কেবল আইওডাইড অব পোটাসিযম অথবা তৎসঙ্গে একষ্ট্রাক্ট সার্সা (৩০ গ্রেণ মাত্রা) সেবন (১১৫, ১২৪, ১১৬, ১২১, ১২০, ১২৩ ব্য) করা বৈধ।

শিরঃপীড়াদি থাকিলে, পোটাসি আইওডিডের সহিত পোটাসি ব্রোমাইড এবং তৎসঙ্গে কিঞ্চিৎ এমোনিয়া (১১৬ ব্য) ব্যবস্থিত হইতে পারে। এই সঙ্গে হাইড্রার্জ বাইক্লোরাইড প্রভৃতি পারদঘটিত ঔষধাদিও (১১৭, ১২২ ব্য) মিশ্রিত হইতে পারে। দুর্ব্বল রোগীর পক্ষে, পোটাসি আইওডিডের সহিত ১০ মিনিম টিং ষ্টীল অথবা ৫ গ্রেণ ফেরি সাইট্রাস্ এট্ কুইনাইন অথবা উভয়ই (১২৭, ১৩০, ১৩৮ ব্য) ব্যবস্থিত হয়। বালকদিগের পক্ষে, ডায়েলাইজ্‌ড আইরণ ও ফেরি সাইট্রাস্ এট্ কুইনাইন ব্যতীত ৩০ ফোটা গ্লীসারিণের সহিত ২০ ফোটা সিরপ ফেরি আইওডীড অথবা কম্পাউণ্ড ফস্ফেট অব্ আইরণ দ্বারাও (১২৩, ১২৪ ব্য) বিশেষ উপকার দর্শে। প্রয়োজন হইলে, প্রতি সপ্তাহে ১ অথবা ২ বার হাইড্রার্জ কম ক্রিটা কম্ বিযাই (৯০ ব্য) অল্প পরিমাণে উক্ত ঔষধের পরিবর্ত্তে ব্যবহার করা উচিত। দুর্ব্বল রোগীর পক্ষে, ফেলোজ সিরপ এবং প্যারিসেজ কেমিক্যাল ফুডও (১৮০) উত্তম ঔষধ।

সুনিদ্রা দ্বারা চক্ষু বিশ্রান্ত থাকে এবং বেদনার শান্তি হয়। এই নিমিত্ত শয়ন সময়ে ক্লোরাল ব্রোমাইড মিকশ্চার, ক্রোটন ক্লোরাল পিল বা মিকশ্চার (১১১, ১১২ ব্য) অথবা মর্ফিয়া সেবন বিধিসঙ্গত। মর্ফিয়ার ত্বগধঃ পিচকারীও উপকারক।

বাতজস্থলে, স্যালিসিন বা স্যালিসিলেট অব সোডা ও তৎসঙ্গে কল্চিকম,

একোনাইট এবং পোটাসি আইওডিডের (১৭৬, ১১৪, ১২০ ব্য) দ্বারা বিশেষ উপকার সাধিত হয়। ডাং লসন সাহেব পোটাস বাইকার্বনেটের সঙ্গে প্রতিদিবস ৩ বার করিয়া পোটাসি আইওডিড (১২১ ব্য) সেবন করিতে বলেন; এবং প্রতিরাত্রে ১ গ্রেণ ক্যালোমেলের সহিত ৫ গ্রেণ ডোভার্স পাউডার সেবনের অথবা রগে অঙ্গু হাইড্রার্জ বেলেডোনা মলম (৭২ ব্য) মর্দ্দন করিতে বিধি দেন। যে স্থলে, এবম্বিধ চিকিৎসায় কোনরূপ উপকার দর্শে না, তথায় তিনি ২ গ্রেণ কুইনাইন ১০ মিনিম টিং ষ্টীলের সহিত প্রতিদিবস ৩ বার সেবন করিতে ব্যবস্থা দেন ও তাহাতে বেদনা ও আলোকভীতি দূরীভূত হয়। গেঁটে বাতের বেদনা কলচিকমে সম্পূর্ণ আরোগ্য হইয়া যায়। তদ্ব্যতীত স্থলে, উহার কার্য্যকারিতা দেখা যায় না। একপস্থলে খাদ্যাদির বিষয়েও বিশেষ ধরাধর করিতে হয়। ডাং ম্যাকনামারা সাহেব আহারের পূর্ব্বে পোটাসি আইওডাইড সেবনের ব্যবস্থা দিয়া আহারের ২ ঘণ্টা পরে কিঞ্চিৎ লেবুর রস খাইতে বলেন। বেদনা ও কনজংটাইভার রক্তাধিক্য নিবারণহেতু কেবল বাতজস্থলে, অনেকে কিঞ্চিৎ কার্বনেট অব সোডার সহিত অর্দ্ধ অথবা ১ ড্রাম টার্পীন তৈল সেবনের ব্যবস্থা দেন। কিন্তু, তাহাতে পাকস্থলীর বিশৃঙ্খলা ঘটে, এবং প্রস্রাব করিবার সময় কষ্ট উপস্থিত হয় বলিয়া, ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব প্রমেহজাত বাত রোগে ৬ ঘণ্টা অন্তর ১ ড্রাম ব্যাল্‌সম কোপেবা সেবনের ব্যবস্থা দিয়া থাকেন। প্রমেহ থাকিলে, গনোরিয়া মিক্শ্চার (১১০ ব্য) অথবা ইয়েলো স্যাণ্ডাল উড অয়েল প্রভৃতি তদ্রোগনিবারক ঔষধাদি ব্যবস্থিত হইতে পারে। বেদনা নিবৃত্তির জন্য ½ বা ¼ গ্রেণ মর্ফিয়া ৪।৬ ঘণ্টা অন্তর সেবন বা বাহুতে মর্ফিয়ার ত্বগধঃ পিচকারী দেওয়া যায়।

হৃষ্টপুষ্ট রোগী হইলে, জোলাপ ও উপবাসাদি ব্যবস্থা করা যাইতে পারে। প্রবল প্ল্যাষ্টিক আইরাইটিসের সর্ব্বস্থলেই প্রথমেই জোলাপ ব্যবস্থা করা উচিত। ক্যালোমেল, কলোসিন্থ ও হায়েসায়েমসের বটিকা পূর্ব্বরাত্রে শয়ন সময়ে সেবন করিয়া পরদিন প্রাতে সিটলিজ পাউডার বা সল্ট দিয়া জোলাপ লওয়া উচিত। কিন্তু, এই রোগে রোগী প্রায়ই দুর্ব্বল থাকে বলিয়া, বিশেষতঃ সপিউরেটিভ শ্রেণীর সর্ব্বস্থলেই, উত্তম বলকর খাদ্য এবং

উত্তেজক্তর ঔষধাদির ব্যবস্থা দেওয়া যায়। গাউটি আইরাইটিসের চিকিৎসা বাতজ আইরাইটিসের ন্যায়।• কিন্তু, সেরূপ স্থলে বিশেষরূপ চিকিৎসায়ও বিশেষ ফল দর্শে না।

ট্রম্যাটিক্ আইরাইটিস্ অর্থাৎ আঘাতজনিত স্থলে, আঘাতের অবস্থা দেখিয়া চিকিৎসা করা উচিত। সাধারণত পূর্ব্বোক্ত চিকিৎসার অনুবর্ত্তী হইতে হয়; আঘাতের পর ২৪ ঘণ্টার মধ্যে চিকিৎসায় প্রবৃত্ত হইলে, মুদিত পুটোপরি শীতল জল বা বরফ জলে লিণ্ট ভিজাইয়া তাহা ক্রমাগত লাগাইয়া রাখা উচিত। কিন্তু ২৪ ঘণ্টা অতীত হইলে, এই শীতলতায় আরাম বোধ হয় না; এবং যন্ত্রণা ও রোগ বৃদ্ধি হয় ও চক্ষু বিনষ্ট হইতে পারে। এই সময়ে সেঁক দেওয়াই বৈধ। এতদ্ব্যতীত কোন প্রকার আইরাইটিস রোগে চক্ষুতে ঠাণ্ডা জল লাগান উচিত নহে। কোন পদার্থ পতিত হইয়া আইরিসে বিদ্ধ হইয়া থাকিলে, তাহা যত্নপূর্ব্বক বহিষ্কৃত করা উচিত; এবং প্রয়োজন হইলে, তত্রত্য আইরিস পর্য্যন্তও কর্ত্তন করিতে হয়। লেন্স আঘাতিত অর্থাৎ স্ফীত, অস্বচ্ছ ও উত্তেজনাপ্রদ হইলে এবং চক্ষুর বিতান বৃদ্ধি হইলে, স্থানিক ঔষধ প্রয়োগে প্রদাহ নিবারণের চেষ্টা না করিয়া, সত্বর অস্ত্রসাধন দ্বারা আইরিস ছেদন ও লেন্স বহিষ্কৃত করা উচিত। অস্ত্রসাধনে বিলম্ব করিলে, অক্ষিগোলকে স্ফোটকাদি উপসর্গ ঘটিতে পারে। কিন্তু, সত্বর লেন্স নিষ্কাশিত হইলে, উপযুক্ত চসমা দ্বারা বোধ হয় দৃষ্টির অনেক সুবিধাও হইতে পারে। যদি কিয়দংশ আইরিস কর্ণিয়ার বিদারিত স্থান ভেদ করিয়া বহিঃসৃত হয়, তবে তাহা ছেদন করিয়া লওয়া ও য়্যাকিউয়স নিঃসৃত হইতে দেওয়া ও তৎপরে চক্ষু ব্যাণ্ডেজ দ্বারা দৃঢ়বদ্ধ করা উচিত। অনন্তর প্রয়োজনমতে, প্রদাহ নিবারণের ঔষধাদির ব্যবস্থা দেওয়া সর্ব্বতোভাবে বিধেয়।

সাইনেকিয়া ঘটিয়া চক্ষুর দৃষ্টিশক্তি রহিত হইলে, যদি বহু দিবস য়্যাট্রোপীন প্রয়োগেও সাইনেকিয়া ছিন্ন হইয়া না যায় এবং চক্ষুতে আলোক-অন্ধকার জ্ঞান ও স্বাভাবিক বিতান থাকে এবং প্রদাহাদি বর্ত্তমান না থাকে, তবে আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধনে পুনর্দৃষ্টি ঘটিবার আশা করা যায়।

সিরস আইরাইটিস রোগে ঘর্ম্ম ও মূত্রকারক ঔষধ সেবন এবং কর্ণপশ্চাতে ব্লিষ্টার লগ্ন করিয়া বিলক্ষণ উপকার হইয়া থাকে। রোগী হৃষ্টপুষ্ট থাকিলে,

টর্কিস বাথ, হট এযাব বাথ অথবা ডোভার্স পাউডার সেবন দ্বারা ঘর্ম্ম নির্গত করান যাইতে পারে। মেহজ এবং বাতজ পুরাতন সিম্পল শ্রেণীতে ঐ সকল ব্যক্তির ইহাতে বিশেষ উপকার দর্শে। গ্লকোমা রোগের লক্ষণাদি উপস্থিত হইলে, সত্বর আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন করিতে হয়। এক চক্ষু পীড়িত হইয়া কখন কখন অপর চক্ষুতেও রোগ সঞ্চারিত হইয়া আইরিডো-কোরই-ডাইটিস, আইরিডো-সিক্লাইটিস প্রভৃতি রোগের উৎপত্তি করিয়া রোগীকে সম্পূর্ণ অন্ধ করিয়া তুলে। এবম্বিধ স্থলে, রোগ সঞ্চারিত হইতে না হইতেই, পূর্ব্ববিনষ্ট চক্ষুটী উৎপাটিত করিয়া লওয়াই সুব্যবস্থা।

আইরিডো-সিক্লাইটিস প্রভৃতি সিরস আইরাইটিস রোগে চক্ষুর বিতান-বৃদ্ধি হ্রাস করিবার অভিপ্রায়ে য্যাট্রোপীন ব্যবহার স্থগিত রাখিয়া তৎপরিবর্ত্তে শতকরা ঃ ভাগ এসারীন লোশন এবং প্যারাসেণ্টেসিস বা আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন প্রয়োজন হইয়া থাকে। সপিউরেটিভ আইরাইটিস রোগে য্যাণ্টেরিয়র চেম্বার হইতে পূয বহিষ্করণ এবং চক্ষুর বিতান-বৃদ্ধি হ্রাস করিবার জন্য প্যারাসেণ্টেসিস অস্ত্রসাধন করিতে হয়।

কোন প্রকার ঔষধ সেবনে বা প্রযোগে টিউবার্কিউলার আইরাইটিস রোগ আরোগ্য হয় না। চক্ষুই টিউবার্কল পদার্থের আদি স্থান হইয়া পড়ে, এবং তথা হইতে অন্যান্য অঙ্গে বিস্তৃত হয বলিয়া, চক্ষুকে রক্ষা করিবার সমুদয় চেষ্টা দেখিয়া, পরিশেষে এবং গ্লকোমা রোগের সন্দেহে, চক্ষুকে নিষ্কাশন করাই যুক্তিসঙ্গত।

জটিলতা এবং পরবর্ত্তী লক্ষণাদির চিকিৎসা।—ক্রণিক আই-রাইটিস রোগে সচরাচর প্রদাহ ও যন্ত্রণার নিবৃত্তি হইলেই আইরিডেক্টমী করাই শ্রেযঃ। এই অস্ত্রসাধন উর্দ্ধদিকে করিতে হয। কিন্তু, আইরিডেক্টমী করিবার পূর্ব্বে বহুদিবস পর্য্যন্ত ঔষধাদি দ্বারা, বিশেষতঃ স্থানপরিবর্ত্তন, নিয়মাচার, বলকর ঔষধে শারীরিক স্বাস্থ্যবিধান, প্রসারক ঔষধ ত্যাগ বা পরিবর্ত্তন ইত্যাদি দ্বারা রোগ নিরাময় করিবার চেষ্টা দেখা উচিত।

ভয়ানক আইরাইটিস রোগে ক্রমাগত দীর্ঘকাল চক্ষুতে ঔষধ প্রদান এবং ঔষধাদি সেবন সত্ত্বেও যদি কোনরূপ বিশেষ ফল পাওয়া না যায়, তবে চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি থাকুক আর নাই থাকুক, আইরিডেক্টমী করা উচিত। উপদংশ,

ও বাত প্রভৃতি শারীরিক কারণজ স্থলেই এবং কর্ণিয়ার ক্ষত রোগের সহবর্ত্তী আইরাইটিস রোগেই আইরিডেক্টমী করা শ্রেয়ঃ। তদ্ব্যতীত সিম্প্যাথেটিক আইরাইটিস অথবা ছানি তুলিবার পরবর্ত্তী আইরাইটিস রোগে উহার অনুষ্ঠান অবৈধ। পুনঃপুনঃ প্রদাহ নিবারণার্থে অনুষ্ঠিত হইলেও তথায় সকল সময়ে তাদৃশ ফলপ্রদ হয় না বলিয়া, ঔষধাদি দ্বারা বিশেষরূপে অতিদীর্ঘ কাল চিকিৎসা না করিয়া, উহার অনুষ্ঠান করা কদাচ উচিত নহে। ইহা স্মরণ রাখা উচিত হয় যে, প্রয়োজন না হইলে উহাতে বিপদ আনয়ন করে; অর্থাৎ উহাতে তারা অসম ও বৃহৎ হয়। সুস্থ তারা আংশিক অবরুদ্ধ হইলেও তাহাতে দৃষ্টির যেরূপ সুবিধা থাকে, এই অসম ও বৃহৎ তারার অভ্যন্তর দিয়া দৃষ্টির তাদৃশ সুবিধা ঘটে না।

সাইনেকিয়া বর্ত্তমান থাকিলে, তাহাতে চক্ষু যদি শান্তভাবে থাকে, তবে কোন প্রকার অস্ত্রসাধন করিবার তাদৃশ প্রয়োজন হয় না। কিন্তু, তদ্দ্বারা যদি পুনঃপুনঃ প্রদাহ উপস্থিত হয়, তবে আইরিডেক্টমী করাই শ্রেয়ঃ। কেহ কেহ এরূপস্থলে, আইরিডেক্টমী না করিয়া লেন্স হইতে আইরিসকে কেবল মাত্র ছাড়াইয়া দিয়া থাকেন। প্যাসাভ্যাণ্ট বা ষ্ট্রেটফিল্ড এই দ্বিবিধ উপায়ে এই কার্য্য সাধিত হইয়া থাকে। তারার প্রান্ত হইতে অধিক দূর আইরিস সাইনেকিয়া দ্বারা লেন্সের সহিত গাঢবদ্ধ হইলে, আইরিডেক্টমী এবং লেন্স কেবল ২১ স্থলে সামান্য মাত্র আইরিসে লগ্ন ও তারা কেবল মাত্র কিয়দংশে অবরুদ্ধ থাকিলে এবং য্যাট্রোপীনে ছিন্ন না হইলে, তথায় শেষোক্ত দ্বিবিধ কোরিলাইসিস অস্ত্রসাধন প্রয়োজন হইয়া থাকে।

সাইনেকিয়া দ্বারা তারা সম্পূর্ণ অবরুদ্ধ হইলে, চক্ষুর আশা দুরাশা। তবে, পুনঃপুনঃ প্রদাহ থাকুক আর নাই থাকুক, অধিক দূর পর্য্যন্ত আইরিডেক্টমী দ্বারা চক্ষুর নীচের ও নাসিকার দিকে একবারে কৃত্রিম তারা করিয়া দেখা উচিত। কিন্তু তারা কিঞ্চিৎ পরিষ্কার থাকিলে, ঊর্দ্ধদিকে এই কৃত্রিম তারা করাই শ্রেয়ঃ। আইরিডেক্টমী ও কৃত্রিম তারা করিবার অস্ত্রসাধন এবং আইরিডো-সিক্লাইটিস, আইরিডো-কোরইডাইটিস এবং সেকেণ্ডারি গ্লকোমা রোগের চিকিৎসা পরে বিবৃত হইবে।

প্যাসাভ্যাণ্টের উপায়ে সাইনেকিয়ার সম্মুখবর্ত্তী কর্ণিয়াকে বিদারিত

করিতে হয়, এবং একখানি ফর্সেপ্স দ্বারা সাইনেকিয়াযুক্ত আইরিসকে ধরিয়া টানিয়া আনিতে হয়।' এই আকর্ষণে আইরিসের সহিত লেন্সের সংযোগ ছিন্ন হইয়া যায়। লেন্স যাহাতে আহত এবং আইরিস বহির্গত না হয়, এরূপ সাবধান হইতে হয়।

ষ্ট্রেটফিল্ডের উপায়ে অর্থাৎ কোরিলাইসিসে (Corelysis) প্রধান সংযোগস্থলের বিপরীত দিকে কর্ণিয়ায় একখানি প্রশস্ত নিডল বিদ্ধ করিয়া দিতে হয়। পরে, ঐ ছিদ্র দিয়া একখানি ষ্ট্রেটফিল্ডের আঁকড়িওয়ালা স্প্যাচুলা তারার অভ্যন্তর দিয়া য্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারে বরাবর আইরিস ও লেন্সের মধ্যবর্ত্তী স্থান পর্য্যন্ত প্রবেশিত করিতে হয়; এবং যাহাতে লেন্স আহত না হয়, এরূপ সাবধানে লেন্স হইতে দূরবর্ত্তী রাখিয়া, যত দূর পারা যায় ততদূর, উহার ভোঁতা অগ্রভাগ আইরিসের নীচে প্রবেশিত করিয়া দিতে হয়। তৎপরে, হেলান ভাবে টানিয়া আইরিস ও লেন্সের সংযোগ ছিঁড়িয়া দিতে হয়। চক্ষুতে য্যাট্রোপীন প্রদান এবং প্যাড ও ব্যাণ্ডেজে শিথিলভাবে ১০।১২ দিন পর্য্যন্ত চক্ষুটী বাঁধিয়া রাখাই এই দুই উপায়ের পরবর্ত্তী চিকিৎসা। চক্ষু সুস্থ হইলে, এইরূপে আবার অন্যান্য সংযোগ ছিন্ন করিতে হয়।

আইরিসের কার্য্যবিশৃঙ্খলা।

মাইড্রিয়েসিস্ (Mydriasis)।—তারা স্বতঃপ্রসৃত থাকিলে, তাহাকে মাইড্রিয়েসিস কহে। এই রোগে চক্ষুর অন্তরস্থ অন্য কোন বিধানে কোন রূপ রোগ উপস্থিত থাকে না; এবং আলোকস্পর্শেও তারা সঙ্কুচিত হয় না। তারা প্রসারিত থাকায় অস্পষ্ট দৃষ্টি ঘটে। কিন্তু, এক খানি কাগজে আলপিনের দ্বারা একটী ক্ষুদ্র ছিদ্র করিয়া তদ্দ্বারা চক্ষু আবৃত করিলে, সেই ছিদ্রাভ্যন্তর দিয়া স্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায়।

কারণ।—তৃতীয় স্নায়ুর পক্ষাঘাত বা বাতজ প্রদাহে, সিম্প্যাথেটিক স্নায়ুর উত্তেজনায়, উপদংশ রোগে অথবা সিলিয়ারি স্নায়ুতে কোন প্রকার আঘাত লাগিয়া বা চক্ষুতে য্যাট্রোপীন, হোম-য্যাট্রোপীন, বেলেডোনা, হায়োসায়েমস, ধুতুরা, ডিউবয়েসীন, জেলসিমীন, হাইওসীন ও ষ্ট্রামোনিয়ম প্রভৃতি

ঔষধ প্রয়োগে তারা প্রসারিত হইয়া থাকে। মস্তিষ্কের পীড়ায়, চক্ষুর, বহিঃস্থ অপ্টিক নার্ভের পীড়ায়, গ্লকোমা রোগে এবং কোরইড ও রেটিনা প্রভৃতির পীড়ায় রেটিনার চেতনা শক্তি হ্রাস হইয়াও তারা প্রসারিত হইতে পারে।

সাধারণতঃ এই রোগ হঠাৎ একটী চক্ষুতেই ঘটে। কিন্তু, কখন কখন মস্তিষ্কের পীড়া কারণে অথবা রেটিনা ও কোরইডের পীড়ায় উভয় চক্ষুতে এই রোগ জন্মে।

চিকিৎসা।—বাতজ স্থলে, কর্ণপশ্চাতে ব্লিষ্টার লাগান এবং পোটাসি আইয়োডীড, গোয়েকম, কলচিকম, স্যালিসিন ও স্যালিসিলেট অব সোডা প্রভৃতি ঔষধের ব্যবস্থা (১২০, ১৭৬ ব্য) এবং মস্তিষ্কের পীড়াজনিত স্থলে, পোটাসি ব্রোমাইড ও ফেরি মিকশ্চার সেবনের ব্যবস্থা (১৯৩, ১০২, ১১১ ব্য) দেওয়া উচিত। চক্ষুতে একষ্ট্রাক্ট ওপিয়াই, পাইলো-কার্পাইন বা এসারীন সলিউশন (২৭, ৪৯, ৫০ ব্য) অথবা সেই সেই ঔষধের পাত ব্যবহার করা উচিত। যাহাহউক, অনবরত অথবা উগ্র এসারীণ প্রভৃতি ঔষধ ব্যবহার করা উচিত নহে। কর্ণিয়া অথবা কনজংটাইভায় কোন পদার্থ পতিত হইয়া তারা প্রসারিত হইলে, অগ্রে উক্ত পদার্থ বহিষ্কৃত করিয়া, পরে চক্ষুতে ঔষধাদি প্রযুক্ত হইয়া থাকে। তৃতীয় স্নায়ুর পীড়ায়, রগে কতিপয় সেকেণ্ড সময় ফ্যারাডি ব্যাটারি লাগান এবং তাহাতে উপকার বোধ না হইলে, তদ্ব্যবহার স্থগিত রাখাই বিধেয়।

প্লীহা প্রভৃতি রোগে শরীর দুর্ব্বল হইয়া তারা প্রসারিত হইলে, আহার-বিহার, শয়ন, অবস্থান ও পরিচ্ছদাদির সুব্যবস্থা করিয়া বলকর ও উত্তেজক ঔষধাদি সেবন করা (১৩৮, ১৩৫, ১৩০, ১২৭, ৯৬ ব্য) বৈধ। ক্রিমি ও অন্য কোন কারণে সিম্প্যাথেটিক স্নায়ু দ্বারা তারা প্রসারিত হইলে, স্যাণ্টোনীন প্রভৃতি ক্রিমিনাশক ঔষধ অথবা ব্লু-পিল ও ব্ল্যাক ড্রট (১৭৯ ব্য) দ্বারা উক্ত স্নায়ুর উত্তেজনা নিবারণ করা উচিত। যাহাহউক, পাকস্থলী, যকৃৎ ও অন্য কোন দূরবর্ত্তী অঙ্গপ্রত্যঙ্গের উত্তেজনা ঘটিয়া এই রোগ হইলে, তত্তৎ উত্তেজনা নিবারণ করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। অনবরত লিখনপঠনাদি চক্ষুঃসংযোগ কার্য্যেও তারাকে সঙ্কুচিত করিতে পারে বলিয়া, এই রোগে চক্ষুঃসংযোগাদি কার্য্যে বিরত থাকা কদাচ বৈধ নহে। উপদংশজস্থলে, তদনুরূপ চিকিৎসা

(আইরাইটিস চিকিৎসা দেখ) করিতে হয়। যাহাহউক, রোগের কারণ বুঝিয়া শারীরিক দূরবর্ত্তী পীড়া আরোগ্য করিলে, এই রোগও আরোগ্য হইয়া যায়।

মাইওসিস (Myosis)।—মাইড্রিয়েসিস রোগের বিপরীত অবস্থাই মাইওসিস রোগ। এই রোগ ঘটিতে প্রায়ই দেখা যায় না। এই রোগে তারা স্বাভাবিক আকার হইতে অনেক সঙ্কুচিত হয় বটে, কিন্তু একেবারেই রুদ্ধ হইয়া যায় না; এবং সূর্য্যাস্তের পর অথবা অন্ধকার গৃহে প্রস্থত না হইলেও য়্যাট্রোপীন প্রভৃতি প্রসারক ঔষধে সম্পূর্ণ মণ্ডলাকারে প্রসারিত হয় বলিয়া, এই রোগ সাইনেকিয়া জনিত বলিয়া ভ্রম হইতে পারে না। এই রোগে দৃষ্টির ব্যাঘাত ভিন্ন অন্য কোন উপসর্গ ঘটে না। দীর্ঘকাল ইনগ্রেভিং ও ঘড়ি নির্ম্মাণ প্রভৃতি কার্য্যে নিরত চক্ষুঃসংযোগ রাখিয়া এই রোগ হইতে দেখা গিয়াছে। যাহাদের কোষ্ঠ পরিষ্কার হয় না ও যাহারা অজীর্ণ ও ক্ষুধামান্দ্য রোগগ্রস্ত তাহাদেরও কখন কখন এই রোগ ঘটে। স্পাইনাল কর্ডের আঘাতে সিম্প্যাথেটিক নার্ভ আহত হইলে এবং গ্রীবাপশ্চাতে সিম্প্যাথেটিক বিভাজিত হইলে তারা ক্ষুদ্র হইতে পারে। মেনিঞ্জাইটিস রোগে, অকিউলো-মোটর নার্ভ উত্তেজিত হইয়া কখন কখন তারা ক্ষুদ্র হয়। টেবিস ডর্সেলিস রোগে ক্রিমিজনিত মাইওসিস রোগ জন্মে। এই অবস্থাকে আর্গাইল রবার্টসন পিউপিল (Argyll-Robertson pupil) কহে। কখন ২ এই রোগ নিশান্ধ রোগ বলিয়া ভ্রম হইতে পারে। কিন্তু, নিশান্ধ রোগে দিবাভাগে দৃষ্টির কোন ব্যাঘাত ঘটে না এবং তারার সঙ্কোচন-প্রসারণ শক্তিরও কোন বৈলক্ষণ্য হয় না।

চিকিৎসা।—চক্ষুতে মধ্যে মধ্যে য়্যাট্রোপীন প্রদান করা এবং রোগের দূরবর্ত্তী কারণাদি অনুমান করিয়া তত্তৎ নিবারণের উপায় দেখাই এই রোগের চিকিৎসা।

হিপ্যস্ (Hippus)।—এই রোগে তারা আলোকান্ধকার ব্যতীতও শীঘ্র শীঘ্র পর্য্যায়ক্রমে সঙ্কুচিত ও প্রসারিত হইতে থাকে। এই রোগ নিষ্ট্যাগ্‌মস্ (পরে দেখ) রোগের সহিত আগমন করে।

বয়োবৃদ্ধি সহকারে পীড়া উপশম অথবা তিরোহিত হইতে পারে।

দুর্ব্বলতা প্রভৃতি কারণে এই রোগের বৃদ্ধি হয়। ষ্ট্রাবিস্‌মস্ অর্থাৎ টেরা দৃষ্টি রোগে টিনোটমী অস্ত্রসাধন দ্বারা পেশী কর্ত্তন এবং আলোক-প্রতিফলনের ব্যাঘাত স্থলে, উপযুক্ত চসমা ব্যবহার করিলেও অনেক উপকার দর্শিতে পারে। তদ্ভিন্ন কোন প্রকার ঔষধাদি দ্বারা এই রোগ আরোগ্য হয় না।

কম্পিত আইরিস (IRIDODONESIS)।—লেন্সের অভাব অথবা স্থানান্তরতা হেতু আইরিস কম্পিত হয়। হাইড্রপথ্যাল্মিয়া রোগে পোষ্টেরিয়ার চেম্বারে অতিরিক্ত য্যাকিউয়স জন্মিলে অথবা ভিট্রিয়স তরল হইয়া লেন্সের উপর আইরিসের ভরাভর না থাকিলেও এই ঘটনা ঘটে। ইহা নিবারণ করিবার কোন উপায় নাই।

কুষ্ঠ রোগ।—কুষ্ঠ রোগাক্রান্ত ব্যক্তির আইরিসও বর্ণিতার ন্যায় পীড়িত হয়। প্যারাঙ্কাইমেটস প্রদাহ অপেক্ষা প্ল্যাষ্টিক প্রদাহই ঘটিয়া থাকে। চিকিৎসা তৎস্থানে উক্ত হইয়াছে।

টিউমার (TUMOURS)।—সিষ্টিসার্কস্, কণ্ড্রিলোমেটা, সিষ্টিক ও গ্রানিউলার প্রভৃতি টিউমার আইরিসে উৎপন্ন হইয়া দৃষ্টির ব্যাঘাত জন্মাইলে, আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন দ্বারা আইরিসের তদংশ ছেদন করা বৈধ। গমা এবং টিউবার্কল হইলে, তদ্রূপ আইরাইটিসের চিকিৎসা করাই উচিত। আইরিসে কাল দাগের নিভস্ (Nævus) অর্থাৎ জরুল কাহার কাহার জন্মসহানুবর্ত্তী। কিন্তু সার্কোমা প্রভৃতি ক্যান্‌সার রোগ প্রকৃত পক্ষে কোরইড হইতে উৎপন্ন হয় বলিয়া, তদ্বিধস্থলে, সমস্ত চক্ষুটী নিষ্কাশন করাই শ্রেয়ঃ। কিন্তু, এরূপ রোগীর জীবন সংশয়।

আঘাতাদি দুর্ঘটনা।—কোন অস্ত্রাদি দ্বারা আইরিস সমভাবে চিরিয়া গেলে, অথবা বিদ্ধ হইলে, অথচ লেন্স প্রভৃতি অন্য কোন বিধান আহত না হইলে, তদ্দ্বারা আইরিসে কোনরূপ গুরুতর প্রদাহ সচরাচর উপস্থিত হয় না। আরিডেক্টমী ও নিডল অস্ত্রসাধন দ্বারা ইহা স্পষ্ট প্রমাণীকৃত হইতে পারে। প্যাড ও ব্যাণ্ডেজাদি দ্বারা চক্ষুকে বিশ্রান্ত রাখাই ইহার সংব্যবস্থা। কিন্তু, যে আঘাতে আইরিস ও তাহার প্রান্ত ছিন্নভিন্ন হয়, তাহাতে আইরিসে ভয়ানক প্রদাহ ও দৃষ্টির বিলক্ষণ অস্পষ্টতা ঘটে। এবম্বিধ স্থলে, প্রদাহ অনুসারে চিকিৎসাদি করাই কর্ত্তব্য। আর যে স্থলে লেন্স

আহত হইয়া টুম্যাটিক্ ক্যাটারাক্ট রোগের উৎপত্তি করে, তথায় লেন্স বহিষ্কৃত ও তৎপরবর্ত্তী চিকিৎসাদি ব্যবস্থিত হয়, এবং যে স্থলে, আইরিসের রক্তশিরা ছিন্ন হইয়া য্যাণ্টেরিয়র চেম্বারে রক্তক্ষরণ (Hæmorrhage পরে দেখ) হয়, তথায় অবস্থা বুঝিয়া শীতল জলের পটি, য্যাট্রোপীন ও বেলেডোনা লোশন প্রভৃতি দ্বারা চক্ষুকে বিশ্রান্ত রাখাই কর্ত্তব্য।

পদার্থ প্রবেশ।—কখন কখন বন্দুকের ক্যাপ, লৌহ বা গ্লাসের কুচি প্রভৃতি পদার্থ আইরিসে বিদ্ধ হইয়া বিলক্ষণ প্রদাহ উপস্থিত করে, অথচ তদ্দ্বারা লেন্স আহত হয় না। য্যাট্রোপীন দ্বারা তারা প্রসারিত করিলে, উহা য্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারে খুলিয়া পড়ে। এক্ষণে কর্ণিয়া চিরিয়া তথা হইতে উহাদিগকে ফর্সেপ্স বা ইলেক্ট্রো-ম্যাগনেট দ্বারা অথবা আইরিস হইতে, অথবা বিদ্ধ থাকিলে কিয়দংশ আইরিসের সহিত উহাদিগকে বহিষ্কৃত করাই উচিত। তদনন্তর অবস্থা বুঝিয়া চক্ষুকে বিশ্রামাদি দেওয়া কর্ত্তব্য।

কোরিডায়েলাইসিস্ (Coredialysis)।—চক্ষুতে কোন প্রকার আঘাত লাগিয়া আইরিস সিলিয়ারি প্রান্ত হইতে ছিন্ন হইয়া আসিলে, তাহাকে কোরিডায়েলাইসিস কহে। আঘাতজনিত য্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারে রক্তক্ষরণ (Hypheama) ও প্রদাহাদি তিরোহিত হইলে বা করিলে, এই ছিন্ন স্থানে একটি কৃত্রিম তারা হয় এবং তাহাতে প্রকৃত তারার কার্য্যাদির বিশৃঙ্খলায় দৃষ্টির ব্যাঘাত ঘটিলে, ডাং ভন গ্রেফি সাহেব সমস্ত আইরিস ছেদন করিতে বলেন।

আইরিসের বহিঃসরণ (PROLAPSE OF THE IRIS)।—কর্ণিয়ার গভীর ক্ষত রোগে এবং কর্ণিয়া বিবিদ্ধ বা বিদারিত হইলে আইরিস বহির্গত হইয়া আইসে। কর্ণিয়ার মধ্যস্থানের দীর্ঘ বিদারণ অপেক্ষা পরিধিভাগের ক্ষুদ্র বিদারণেও অধিক আইরিস বহির্গত হইয়া পড়ে। এই সঙ্গে সঙ্গে কখন কখন লেন্স অস্বচ্ছ হয়। যাহাহউক, আঘাতজনিত এই ক্যাটারাক্ট রোগের বিষয় পরে বর্ণিত হইবে।

চিকিৎসা।—এরূপ স্থলে, ক্ষীণ য্যাট্রোপীন প্রয়োগ করিয়া চক্ষুকে কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ দ্বারা অনেক দিবস পর্য্যন্ত বিশ্রান্ত রাখা উচিত, এবং প্রতিদিবস ৩৷৪ বার বেলেডোনা লোশনে (৪২ ব্য) চক্ষুতে পটি দেওয়া,

চক্ষু ধৌত করা অথবা চক্ষুতে পোস্ত ঢেঁড়ির সেঁক দেওয়া, অথবা রগে জোঁক বা ব্লিষ্টার লাগান বিধেয়। সামান্য স্থলে, বহিঃস্থত আইরিসে কেহ কেহ কষ্টিক পেন্সিল স্পৃষ্ট করিয়াও দেন। যাহাহউক, এবম্বিধ স্থলে সুস্থ চক্ষুটীও আলোকস্পৃষ্ট করা উচিত নহে; এবং বহিঃসরণ অল্প ও কর্ণিয়ার ঊর্দ্ধ দেশে হইলে এবং রোগী আঘাতের অল্পক্ষণ পরেই চিকিৎসিত হইতে আসিলে, বিশেষত কর্ণিয়া ছিন্ন ভিন্ন না হইয়া পরিষ্কারভাবে কাটিয়া যাইলে, যাহাতে আবার কর্ণিয়ায় আঘাত না লাগে, এরূপে একখানি কাঁচি দ্বারা আইরিসের বহিঃস্থত অংশ ছেদন করা বিধেয়। তৎপরে য়্যাট্রোপীন, এসারীন, কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ অথবা বেলেডোনা লোশনাদি ব্যবহৃত হইয়া থাকে। চিকিৎসিত হইতে কালবিলম্ব হইলে, অথবা ক্ষতস্থানের অবস্থা বুঝিয়া আইরিস ছেদন করা অনুচিত বোধ হইলে, কেবল কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করিতে হয়। কর্ণিয়ার পরিধিভাগে আইরিস অতিরিক্ত বহির্গত হইলে এবং যেখানে বহিঃস্থত অংশ ছেদন করিয়া লইলে, অবশিষ্ট অংশও বহিঃস্থত হইয়া আসিবার সম্ভাবনা থাকে, তথায় একটী সূক্ষ্ম নিড্‌ল্‌ দ্বারা উক্ত বহিঃস্থত আইরিসের ২।১ স্থানে বিদ্ধ করিয়া, তন্মধ্য দিয়া য়্যাকিউয়স নিঃস্থত হইতে দেওয়া উচিত। এরূপ করিলে, যখন আইরিস অন্তর্নিবিষ্ট হইয়া পড়ে, তখন কর্ণিয়ার বিভেদিত প্রান্ত দ্বারা উহাকে সম্যক্ আবৃত থাকিতে দিয়া, এসারীন, য়্যাট্রোপীন, বেলেডোনা, সেঁক ও পটি প্রভৃতি ব্যবস্থিত হইয়া থাকে। এই ঘটনার পর ছয় মাস পর্য্যন্ত বিশেষ সাবধানে থাকিতে হয়। উভয় চক্ষুই সর্ব্বদা পর্দ্দা দিয়া ঢাকিয়া রাখা এবং আবশ্যকমতে রঙ্গিন চসমা পরিধান করা উচিত। সামান্য হইলেও এই রোগে দৃষ্টিনাশ বিষয়ে ভয়ের আশঙ্কা আছে।

জন্মজাত দোষ (CONGENITAL DEFECTS)।

আইরিডারিমিয়া (Irideremia) অর্থাৎ সমস্ত আইরিসের অভাব, গর্ভাবস্থায় পুষ্টি স্থগিত হইয়া কলোবোমা (Coloboma) অর্থাৎ আংশিক অভাব ও যাহা দেখিতে প্রায়ই ত্রিভুজের ন্যায়, আর করেক্টোপিয়া (Corectopia) অর্থাৎ আইরিসের ঠিক মধ্যস্থানে তারা না থাকা, এবং একাধিক তারা অর্থাৎ যাহা পলিকোরিয়া (Polycoria) শব্দে উক্ত হয়, তাহা সকলই জন্মসহজাত

দোষ, কোন রোগ নহে। অন্যান্য রোগ সমবেত না হইলে, ইহাতে সাধারণ দৃষ্টির প্রায় ব্যাঘাত ঘটে না। হিটারো-ক্রোমিয়া (Hetero-chromia) রোগে একই আইরিসের বিভিন্ন স্থানে বিভিন্ন বর্ণ অথবা এক চক্ষুর আইরিসে মাতৃবৎ অপর চক্ষুর আইরিসে পিতৃবৎ বর্ণ হইয়া থাকে। এল্‌বিনিজ্‌ম (Albinism) অর্থাৎ আইরিসের আংশিক বা সমস্ত বর্ণাভাবে, তারা ও আইরিস কোরইডের বর্ণানুসারে বা আইরিসের রক্তানুসারে রক্তবর্ণ দেখায়।

সিক্লাইটিস্ (CYCLITIS)।

আইরিসও সিলিয়ারি বডির অবস্থান ও আকৃতি বিষয়ে পরস্পর অতি নিকট সম্বন্ধ থাকায়, আইরিস প্রদাহিত হইলে, সিলিয়ারি বডি এবং সিলিয়ারি বডি প্রদাহিত হইলে আইরিসও তৎসঙ্গে সঙ্গে তৎসময়ে প্রদাহিত হইয়া পড়ে। কোরইডের সহিতও এইরূপ সম্বন্ধ থাকায়, এই সঙ্গে কখন কখন কোরইডও প্রদাহিত হইয়া পড়ে। যাহাহউক, সিলিয়ারি বডি প্রদাহিত হইলে, আই-রাইটিস রোগের সমুদয় লক্ষণ প্রবলরূপে প্রকাশিত হয়। বাস্তবিক, এই সিক্লাই-টিস রোগ আইরাইটিস রোগের প্রবল অবস্থা মাত্র। এই নিমিত্ত, এই রোগ আইরাইটিস রোগের প্রকৃতি গ্রহণ করিয়া, সিরস, প্ল্যাষ্টিক, ও সপিউরেটিভ এই ত্রিবিধ আকার ধারণ করে। আইরাইটিস ব্যতীত এই রোগ হইলে, উহা ক্রনিক আকারে হয় এবং তাহাতে প্রদাহের ভয়ানক লক্ষণাদি প্রকাশ পায় না। তারা সামান্য বড় থাকে, আইরিস সুস্থ থাকে এবং কর্ণিয়ার চতুষ্পার্শ্বস্থ স্ক্লেরটিকের আরক্তিমতাও অল্প থাকে। কেরাটাইটিস পংটেটা এবং ভিট্রিয়সের আবিলতা ও তদনুযায়ী সূক্ষ্ম দৃষ্টির হানিই সেরূপ স্থলের প্রধান লক্ষণ।

লক্ষণ।—সিলিয়ারি বডির প্রদাহে সিলিয়ারি প্রদেশে রক্তাধিক্য ও সাতিশয় বেদনা, বিশেষত অঙ্গুলিচাপে যন্ত্রণাবোধ, আলোকভীতি, অশ্রুনিঃ-সরণ, ভিট্রিয়স ও য়্যাকিউয়স ঘোলা, আইরিস বিবর্ণ ও উহার সূত্রসকল অস্পষ্ট, তারা প্রসারণাক্ষম, পোষ্টেরিয়ার সাইনেকিয়া, দৃষ্টির বিলক্ষণ অস্পষ্টতা এবং চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি প্রভৃতি লক্ষণ আঘাতজস্থলে উপস্থিত হয়। প্রদাহ

সঞ্চাবিত হইয়া এই রোগ উপস্থিত হইলে, এই সকল লক্ষণের আধিক্য ঘটে। চক্ষু অধিক আরক্তিম, অধিক আলোকভীতি ও অশ্রুনিঃসরণ, অধিক বেদনা ও অঙ্গুলিচাপে যন্ত্রণা এবং সচরাচব অধিক বিতানবৃদ্ধি উপস্থিত হয়। আর শারীবিক বিশৃঙ্খলায এই বোগ হইলে, প্রথমে সিলিয়ারি প্রদেশেব কোন স্থানে কর্ণ অথবা নাসিকাদিকে ইপিস্ক্লেরাইটিস রোগেব ন্যায় একটী ঈষৎ ধূমল আরক্তিম স্থান প্রকাশিত হইয়া এই রোগের উৎপত্তি হয। পরে, উহা ক্রমে কর্ণিয়াবেষ্টিত সমুদয় অথবা অধিকাংশ সিলিয়ারি প্রদেশকে নীলাভ আবক্ত বর্ণে রঞ্জিত করে। এইরূপে, সমুদায় শ্বেতক্ষেত্র আরক্তিম হইলেও উক্ত নীলাভ আবক্তবর্ণই এই রোগব্যঞ্জক হইয়া রহে। রোগ বৃদ্ধিতে আইরিস পীড়িত, য্যাকিউয়স সিবম যুক্ত এবং কখন কখন হাইপোপিয়ন হয। দৃষ্টি অস্পষ্ট এবং কখন কখন অত্যন্ত অধিক অস্পষ্ট এবং সচরাচর চক্ষুর বিতান বৃদ্ধি হয। বোগ স্থগিত না হইলে, সিলিয়াবি প্রদেশেব সম্মুখস্থ স্ক্লেবটিক পাতলা এবং সেই স্থানেব ভিতব দিয়া সিলিয়ারি প্রোসেস দেখা যায় বলিয়া নীলাভ হয; এবং সচরাচব তৎস্থান অল্প ষ্ট্যাফিলোমা যুক্ত হইয়া পড়ে। দৃষ্টি ক্রমশই বিনষ্ট হইতে থাকে; এবং পরিশেষে চক্ষুটী অন্ধ হইয়া পড়ে। পীড়াব সকল অবস্থাতেই স্পর্শে যন্ত্রণাদায়ক হইতে সামান্য বেদনাও থাকে। চক্ষুতে সচরাচব ভ্রূ ও তদ্দিকের নাসাপার্শ্বে বেদনা থাকে। সিক্লাইটিস বোগের আর একটী প্রধান ঘটনা এই যে, লিম্ফ নিঃসৃত হইযা সিলিয়াবি বডি আইরিসেব সিলিয়ারি প্রান্তে সংযুক্ত হইযা যায়। প্ল্যাষ্টিক ও সপিউরেটিভ প্রদাহে এই সকল লক্ষণের আধিক্য ঘটে, এবং তারা এক খণ্ড ঘন লিম্ফ দ্বারা আবৃত হইযা পড়ে। সপিউবেটিভ প্রদাহে সিলিযারি বডি হইতে পূয নিঃসৃত হইয়া য়্যাটেরিয়ার চেম্বারে হাইপোপিয়ন আকাবে দৃষ্ট হয় এবং সময়ে সময়ে লেন্সের পার্শ্বে সংযত হইয়া বহে। যাহাহউক, এবম্বিধ ঘটনা প্রায়ই চক্ষুর্নাশক হইযা থাকে।

প্ল্যাষ্টিক সিক্লাইটিক রোগই সচরাচর ঘটে। এই রোগে কর্ণিয়ার চতুষ্পার্শ্বস্থ স্ক্লেরাটিকের গভীর ও উপরিস্থ রক্তশিরা সকল বিলক্ষণ আরক্তিম হয়। চক্ষুতে প্রবল বেদনা এবং অঙ্গুলিচাপে সিলিয়াবি প্রদেশ যাতনাপ্রদ হইয়া থাকে। আইবিস বিবর্ণ এবং কর্ণিযাব দিকে সম্মুখে ঠেলিযা আইসে।

সাইনেকিয়া ঘটে; এবং ভিট্রিয়স অল্প বা অধিক আবিল হয়। সিলিয়ারি বডি এবং কোরইডের প্রদাহে আইরিসের উপবিভাগেও অনেকানেক বৃহৎ ও ভঙ্গিম আরক্তিম রক্তশিরা দেখা যায়। প্রথমাবস্থায় রোগ স্থগিত করিতে না পারিলে, সচরাচর রোগীর দৃষ্টি চিরদিনের জন্য সম্পূর্ণ বিনষ্ট হইয়া চক্ষু চুপ্‌সিয়া পড়ে। এই রোগে লেন্স অস্বচ্ছ হয়; এবং সিলিয়ারি বডি, কোরইড অথবা রেটিনার সংযোগচ্যুতিও ঘটে।

সিরস সিক্লাইটিস রোগে ভিট্রিয়সের আবিলতা প্রযুক্ত প্রথমেই দৃষ্টির ব্যাঘাত হয়। রোগী দৃষ্টিসম্মুখে একখণ্ড মেঘের ন্যায় আবিলতা দেখে, এবং প্রতিদিন সেই আবিলতার বৃদ্ধি হয়। চক্ষুতে যথেষ্ট বেদনা এবং অঙ্গুলিচাপে সিলিয়ারি প্রদেশে যন্ত্রণা বিভিন্ন ব্যক্তিতে বিভিন্ন রূপ হইয়া থাকে। স্ক্লেরটিক জোনের কোন স্থানে ইপিস্ক্লেরাইটিসের ন্যায় আরক্তিমতা দেখা যায়। য়্যাকিউয়স ঘোলা এবং তন্মধ্যে বিন্দু বিন্দু মলিনতা ভাসমান দেখা যায়। কর্ণিয়ার পশ্চাৎ স্তর ঘোলা এবং শ্বেতবর্ণ বিন্দু বিন্দু দাগে সমাচ্ছন্ন হইয়া পড়ে। রোগ এত দূর বৃদ্ধি পাইয়া এই সময়ে উপশম হইতে আরম্ভ হয়; এবং চক্ষু পুনর্ব্বার কার্য্যক্ষম হইতে থাকে। কিন্তু অধিকাংশ স্থলেই, অধিক দিন যাইতে না যাইতেই পুনর্ব্বার রোগ আক্রমণ করে; এবং রোগবৃদ্ধিতে আইরিস বিবর্ণ এবং তারা লেন্স-ক্যাপসিউলে সম্পূর্ণ অথবা অর্দ্ধাধিক অংশে যুক্ত হইয়া পড়ে। আইরিসের উপবিভাগে ২।৪টী বিস্তৃত রক্তশিরা দেখা যায় এবং তাহারা ফাটিয়া য়্যাকিউয়স চেম্বারে রক্তস্রাব ঘটে। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিবার সুবিধা হইলে, ভিট্রিয়স ঘোলা ও মলিন পদার্থ বিশিষ্ট বোধ হয়। চক্ষুর বিতান বৃদ্ধি হয়। রোগবৃদ্ধিতে কঞ্জংটাইভার তলস্থ আরক্তিমতা এবং চক্ষুর বিতান আরো বৃদ্ধি পায় এবং রোগীর দৃষ্টি আরো অস্পষ্ট হইয়া পড়ে। সাইনেকিয়া বাড়িতে থাকে এবং আইরিসের সৌত্রিক বিধান ক্রমেই অধিক অপকৃষ্ট হইয়া পরিশেষে আইরিস বিশৃঙ্খলভাবে স্পঞ্জের ন্যায় য়্যাকিউয়স চেম্বারে ঠেলিয়া আইসে। আইরিসের পশ্চাৎভাগে রস বৃদ্ধি হইয়া তাহা লেন্সের সহিত অসংযুক্ত আইরিসের অংশকে ঠেলিয়া এইরূপ দেখায়। এই সময়ে তারা একটী কৃত্রিম মেম্ব্রেণে সমাচ্ছন্ন ও অবরুদ্ধ হইয়া আইরিসের মধ্যস্থানে একখণ্ড শাদা দাগ বলিয়া প্রতীয়মান হয়। রোগ এত দূর বাড়িলে,

চক্ষুর বিতান হ্রাস হইয়া যায়, আইরিস অপকৃষ্ট হইয়া পড়ে, দৃষ্টি একেবারেই বিনষ্ট হয় এবং অক্ষিগোলক শীঘ্র চুপসিয়া পড়ে। এই প্রদাহে কোরইডের সিলিয়ারি প্রোসেসের আবরক ইপাথিলিয়াল স্তরের নীচে কতকগুলি গ্ল্যাণ্ড দেখা যায়, ঐ সকল গ্ল্যাণ্ড হইতে ভিট্রিয়স, কোরইড এবং আইরিসে অতিরিক্ত অসুস্থ রস নিঃসৃত হইয়া এই রোগের ঐ সকল লক্ষণাদি আনয়ন করে।

সপিউরেটিভ সিক্লাইটিস রোগ সচরাচর সিলিয়ারি প্রদেশ ফাটিয়া বা বিদারিত হইয়া ঘটে। যাহাহউক, আহত উক্ত টিস্যুতে পচন বিষ প্রবিষ্ট থাকিয়াও এই রোগ ঘটে। এই প্রদাহে সিলিয়ারি বডি পূযবিশিষ্ট হয়, এবং শীঘ্র উপশম না করিলে, অক্ষিগোলকের স্ফোটকে পরিণত হয়। এই পিউরিউলেণ্ট প্রদাহে রেটিনা লেন্স এবং ভিট্রিয়সও সাংঘাতিকরূপে পীড়িত হয়। প্ল্যাষ্টিক প্রদাহের লক্ষণাদি এই পিউরিউলেণ্ট প্রদাহে প্রবল আকার ধারণ করে। বেদনা ও যন্ত্রণা অত্যন্ত অধিক হয়। কঞ্জংটাইভা এবং কর্ণিয়ার চতুষ্পার্শ্ববর্ত্তী স্ক্লেরটিকের রক্তশিরা সকল অত্যন্ত আরক্তিম হয়। দৃষ্টি শীঘ্র বিনষ্ট, আইরিস প্রদাহিত, লেন্স ও ভিট্রিয়স শীঘ্র অস্বচ্ছ এবং অ্যান্টেরিয়ার চেম্বার পূযপূর্ণ হইয়া চক্ষুটী সম্পূর্ণ বিনষ্ট হইয়া যায়।

কারণ।—১ চক্ষুতে আঘাত লাগিয়া, ২ আইরিস ও কোরইড হইতে প্রদাহ সঞ্চারিত হইয়া, অথবা ৩ শারীরিক কোন প্রকার পীড়ায় এই রোগ ঘটে। উপদংশ কারণে আইরিস অথবা কোরইড প্রবলরূপে প্রদাহিত হইয়া, বিশেষত, তৎসময়ে কষ্টিক প্রভৃতি অনুপযুক্ত ঔষধ চক্ষুতে প্রযুক্ত হইলে এবং ক্যাটারাক্ট অস্ত্রসাধনে আইরিস আহত হইয়া, সিলিয়ারি বডিতে প্রায়ই প্ল্যাষ্টিক প্রদাহ সঞ্চারিত হয়; এবং তাহা প্রায়ই চক্ষুনাশক হইয়া থাকে। চক্ষুর মধ্যে কোন পদার্থ প্রবিষ্ট থাকিয়া, লেন্স স্থানান্তরিত হইয়া, লেন্সের অস্বচ্ছ ত্বক বলপূর্ব্বক নিষ্কাশন করিতে গিয়া, আইরিডেক্টমী অথবা ক্যাটারাক্ট অস্ত্রসাধন সময়ে সিলিয়ারি বডি অতিরিক্ত আকর্ষিত হইয়া, অথবা অন্য কোন আঘাতে সিলিয়ারি বডি অথবা আইরিস নিষ্পিষ্ট ও বিদারিত হইয়া এই রোগ উৎপন্ন হইলে, উহা প্রায়ই সিরস অথবা সপিউরেটিভ আকৃতি ধারণ করে, এবং চক্ষুর বিতান বৃদ্ধি হয়। আর, উপদংশ ব্যতীত অন্যান্য শারীরিক অসুস্থতায় অর্থাৎ স্ত্রীলোকদিগের পক্ষে, রজসাধিক্য, শ্বেতপ্রদর ও রজস ভাব,

এবং পুরুষদিগের পক্ষে, প্রমেহ, দুর্ব্বলতা, রক্তহীনতা এবং অতিরিক্ত পরিশ্রম ও মানসিক দুশ্চিন্তা প্রভৃতি কারণে স্নায়ু ক্লান্ত হইয়া এই রোগ কখন কখন স্বতঃ উৎপন্ন হইলে, উহা প্রায়ই চক্ষুর্নাশিক হইয়া থাকে; এবং সিরস আকার ধারণ করে। এই শেষোক্ত স্থল, সচরাচর অধিক ঘটিতে দেখা যায় না বটে, কিন্তু ঘটিলে, উহা পুরুষ অপেক্ষা স্ত্রীলোকদিগেরই অধিক ঘটে। এই রোগের গতি অতি মৃদু এবং এক বার ২।৩ মাসে আরোগ্য হইয়াও পুনঃপুনঃ এমত কি, ৮।১০ বৎসর পর্য্যন্ত ঘটিয়া চক্ষুকে কোন না কোন সময়ে বিনষ্ট করিতে পারে।

পরিণাম।—শারীরিক কোন কারণে, অথবা আইরিস ও কোরইড প্রদাহিত হইয়া এই রোগ উপস্থিত হইলে, তাহা ভয়াবহ রোগ; এবং তাহা ভয়ানক আকার ধারণ করিলেও উপযুক্ত চিকিৎসা দ্বারা আরোগ্য হইতে পারে। কিন্তু, রোগারম্ভে তাচ্ছীল্য করিলে, এবং আঘাতজস্থলে, চক্ষুর দৃষ্টি রক্ষা করা দুঃসাধ্য। অপিচ, পীড়িত চক্ষু আরোগ্য হইতে না হইতেই সুস্থ চক্ষুটীও সমবেদনাক্রমে পীড়িত হইতে পারে, এরূপ আশঙ্কা আছে। এদিকে উপযুক্ত চিকিৎসায় প্রদাহ শান্তি হইলেও চক্ষু সচরাচর নরম ও কোটর মগ্ন হইয়া দৃষ্টিলোপ হয়। চক্ষু বিনষ্ট হইলে, উহার স্বাভাবিক বিতান হ্রাস হইয়া উহা নরম হইয়া পড়ে। শারীরিক অন্যান্য কারণজস্থলে, চিকিৎসায় বহু দিবসে আরোগ্য হয়। যাহাহউক, রোগারম্ভ হইতেই বহুদর্শী চক্ষুচিকিৎসকের দ্বারা চিকিৎসা করাইয়াও অনেকের চক্ষু বিনষ্ট হইয়াছে এরূপ দৃষ্টান্তও আছে।

আইরাইটিস রোগের ন্যায় প্ল্যাষ্টিক শ্রেণী অপেক্ষা সিরস প্রদাহের পরিণাম অনেক শুভ। কিন্তু, যেরূপ প্রদাহই হউক না কেন, রোগীর দৃষ্টি দেখিয়াই আমরা এই রোগের পরিণাম স্থির করি। রোগী বৃহৎ বস্তু দেখিতে পান কি না—দৃষ্টি সম্মুখে ধৃত অঙ্গুলি প্রভৃতি গণনা করিতে পারেন কি না—অন্ধকার গৃহে দীপশিখা নির্ণয় করিতে পারেন কি না, ইত্যাদি বিষয় অনুধাবন করা উচিত। রোগী এই সকল বিষয়ে অসমর্থ হইলে, সিক্লাইটিস রোগের সঙ্গে ভিট্রিয়স, রেটিনা এবং কোরইডেও গুরুতর পীড়া হইয়াছে অনুমান করিতে হইবে; এবং চক্ষুর দৃষ্টি রক্ষা দুঃসাধ্য বলিয়া জানিতে হইবে। কিন্তু, রোগী পীড়িত চক্ষু দ্বারা ঐ সকল বিষয়ে সমর্থ হইলে, বিশেষত য়্যাট্রোপীন প্রয়োগে তারা প্রসৃত হইলে আমরা উপযুক্ত চিকিৎসায় পুনর্দৃষ্টির আশা করিতে

পারি। চক্ষুর বিতান দেখিয়াও এই রোগের পরিণাম স্থিরীকৃত হয়। চক্ষু নরম হইয়া পড়িলে, দৃষ্টির আশা দুরাশা। কিন্তু সামান্য মাত্র নরম হইলে, তদনুরূপ কিঞ্চিৎ আশা করা যাইতে পারে।

চিকিৎসা।—কারণ এবং রোগের প্রকোপ বুঝিয়া চিকিৎসা করিতে হয়। অপর বিনষ্ট চক্ষুটীর সমবেদনাক্রমে হইলে, অগ্রে সেই চক্ষুটী নিষ্কাশিত করাই শ্রেয়ঃ। আইরাইটিস ও কোরইডাইটিস্ রোগ প্রযুক্ত হইলে, তত্তৎ রোগ উপশমনার্থ যে যে উপায় করিতে হয়, তাহা তত্তৎ অধ্যায়ে লিখিত হইয়াছে। অন্যান্যস্থলে রোগাবস্থা হইতেই চক্ষুতে য্যাট্রোপীন লোশন (৩৮ ব্য) প্রযোগ, এবং সদাসর্ব্বদা পোস্ত ঢেঁড়ি, ক্যামোমাইল, ধুতুরা ও বেলেডোনার সেঁক দিলে, সিলিয়ারি প্রদেশের বেদনা নিবারিত হইয়া থাকে। সেঁকে উপশম না হইলে, বেলেডোনা লোশনে পটি ভিজাইয়া মুদিত পুটোপরি লাগাইতে পারা যায়। বেদনা নিবারণার্থে, কেহ কেহ ক্রমাগত ৪।৬ ঘণ্টা, এমত কি, ২৪ ঘণ্টা পর্য্যন্ত চক্ষুতে অবিশ্রান্ত উত্তপ্ত পোল্টিস দিবার ব্যবস্থা দেন। কিন্তু, এই পোল্টিসের উত্তাপের সমতা রাখিবার নিমিত্ত, রোগী শীতলতা অনুভব করিলেই তৎক্ষণাৎ তাহা পরিবর্ত্তন করা উচিত। বেদনা নিবারিত না হইলে এবং কনজংটাইভা ও আইরিসে রক্তাধিক্য থাকিলে, রগে ২।৪টী জোঁক লাগান উচিত। জোঁক খসিয়া পড়িলে, তৎক্ষণাৎ চক্ষুতে উগ্র য্যাট্রোপীন প্রদান করিয়া সত্বর তারা প্রসারিত রাখিতে হয়। কোষ্ঠ পরিষ্কার রাখা, এবং রাত্রিকালে বেদনাবৃদ্ধি ও নিদ্রারাহিত্য ঘটিলে, রগে মর্ফিয়ার পিচকারী দেওয়া, অথবা শয়ন সময়ে পূর্ণ মাত্রায় আফিঙ্গাদি সেবন করা বিধেয়। এই বেদনা প্রত্যহ কোন নির্দ্দিষ্ট সময়ে আক্রমণ করিতে থাকিলে, বেদনা আক্রমণের পূর্ব্বে, পূর্ণ মাত্রায় কুইনাইন সেবন আদিষ্ট হয়। স্বাস্থ্যকর আহার এবং বলকর ও উত্তেজক ঔষধাদি এবং কুইনাইন এমোনিয়া ও বার্ক প্রভৃতি ঔষধ (১২৭, ১৩০, ১৪০, ১৫২, ১৮৪, ১৮০ ব্য) ব্যবস্থিত হইতে পারে। য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বার অথবা ভিট্রিয়স হিউমারে অতিরিক্ত লিম্ফ সমাবেশিত থাকিলে, বাহুমূল প্রভৃতি স্থানে মার্কুরিয়াল অয়েণ্টমেণ্ট ঘর্ষণ করিয়া শীঘ্র রোগীর মুখ হইতে পারদ ঘটিত লালা নির্গত করান উচিত। কিন্তু, যতই কেন যত্ন করা যাউক না, আঘাতজনিত হইলে, এই রোগকে প্রায়ই উপশম করা যায় না। সপিউরেটিভ্ আইরিডো-

সিক্লাইটিস রোগে অথবা অক্ষিগোলক চুপসিয়া চক্ষুটী বিনাশিত এবং সুস্থ চক্ষুটীতেও প্রদাহ সঞ্চারিত হইতে পারে; সুতরাং পীড়িত চক্ষুটীর চিকিৎসা সময়ে সুস্থ চক্ষুটী আবদ্ধ রাখা এবং প্রদাহ নিবারিত না হইলে, সুস্থ চক্ষু প্রদাহিত হইতে না হইতেই, পীড়িত চক্ষু নিষ্কাশিত করা বৈধ। অতিরিক্ত পরিশ্রম ও মানসিক ক্লান্তি প্রভৃতি শরীরশোষণ কারণজ স্থলে, শারীরিক বিশ্রাম দিয়া, যে সকল কার্য্যে মনের স্ফূর্ত্তি জন্মে, তত্তদ্বিষয়ে মনোনিধান করত, আয়রণ, কুইনাইন, বার্ক, ষ্ট্রীকনিয়া, এমোনিয়া ও কোন প্রকার মিনারেল এসিড প্রভৃতি ঔষধাদি (১২৪, ১২৭, ১৩০, ১৩৮, ১৪০, ১৫১, ১৫১, ১৫২, ১৮০, ব্য) সেবন করা যাইতে পারে। রক্তসাধিকা এই রোগের কারণ হইলে, প্রাতঃসন্ধ্যা নাইট্রো-মিউরিয়েটিক এসিড অথবা পুনঃপুনঃ অল্প মাত্রায় একষ্ট্রাক্ট আর্গট লিকুইড (১২৮, ১২৯ ব্য) সেবন করিয়া অগ্রে তদ্রোগ উপশম করা উচিত।

প্রমেহ রোগে, গণোরিয়া মিক্শ্চার (১১০ ব্য) প্রভৃতি ঔষধ এবং অতিরিক্ত শ্বেতপ্রদর রোগে, টিংচার ফেরি পারক্লোরাইড মিক্শ্চার (১৩ ব্য) প্রত্যহ ২।৩ বার অথবা তৎসঙ্গে কুইনাইন প্রভৃতি সেবনীয় হইতে পারে। রক্তহীনতা এই রোগের কারণ হইলে, যাহাতে জরায়ুর কার্য্যাদি সুশৃঙ্খলায় সম্পাদিত হইতে থাকে, তদ্বিষয়ে মনোযোগ দিয়া, পোটাসি আইওডাইড অথবা বোরাসিস মিক্শ্চার (১৩৪, ১২১, ১৩১, ১৩২ ব্য) সেব্য। এই সমস্ত স্থলেই যাহাতে নিয়মিতরূপে কোষ্ঠ পরিষ্কার থাকে, তজ্জন্য য়্যালোজ জেন্সিয়ান, কলোসিন্থ স্ক্যামনি, কুবার্ব, নক্স ভমিকা, জেলাপা, ইউনিমিন, সল্ট, সোডি পোটাস টার্ট, প্রভৃতি কোষ্ঠপরিষ্কারক ঔষধের আশ্রয় গ্রহণ করা উচিত। ফেডারিক শেলার বা হনি এডি জেনস প্রভৃতি আকরিক জল ব্যবহার করা যাইতে পারে। বেদনা থাকিলে, ২।৩ মাত্রা ক্রোটন ক্লোরাল পিল বা মিক্শ্চার (১৯২ ব্য) সেবন করা যাইতে পারে। কিন্তু, বেদনায় নিদ্রার ব্যাঘাত ঘটিলে, আফিঙ্গাদি সেব্য। চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি হইলে এমত কি, বৰ্দ্ধিত বিতান হ্রস্ব হইতে থাকিলেও, প্রদাহ থাকিতে থাকিতে আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন করা বিশেষ উপকারক। এতদ্দ্বারা এই রোগের প্রত্যাবর্ত্তন নিবারিত হইয়া যাবে।

সিক্লাইটিস রোগে আইরিস সাইনেকিয়া দ্বারা দৃঢ়বদ্ধ হইয়া কখন কখন এত পচাখসা হইয়া পড়ে যে, আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন সময়ে উহাকে টানিতে গেলে, উহা লেন্সে কিয়দংশ থাকিয়া খসিয়া আইসে। এরূপ হইলে, দ্বিতীয় স্থানে এবং ডাং ব্যোম্যান বলেন যে, তৃতীয় স্থানেও আইরিডেক্টমী করিতে হয়। কৃত্রিম মেম্ব্রেণ জন্মিলে, তাহাকে অথবা কখন কখন তৎসঙ্গে লেন্সকেও নিষ্কাশিত করিতে হয়।

আইরিডো-কোরইডাইটিস্ ও কোরইডো-আইরাইটিস্।

IRIDO-CHOROIDITIS AND CHOROIDO-IRITIS.

অগ্রে আইরিস প্রদাহিত হইয়া তৎসঙ্গে কোরইড প্রদাহিত হইলে, তাহাকে আইরিডো-কোরইডাইটিস এবং অগ্রে কোরইড প্রদাহিত হইয়া তৎসঙ্গে আইরিস প্রদাহিত হইলে, তাহাকে কোরইডো-আইরাইটিস রোগ কহে। আইরিডো-কোরইডাইটিস রোগে আইরিস, সিলিয়ারি বডি ও কোরইড সমস্ত ইউভিয়াল্ ট্র্যাক্ট প্রদাহিত হয় বলিয়া, ইহাকে ইউভিয়াইটিস রোগও বলে। রোগের বৃদ্ধি, পরিণাম ও চিকিৎসাবিষয়ে পার্থক্য থাকায়, এই উভয়-বিধ রোগ বর্ণনা করাই এস্থলে উদ্দেশ্য। যাহাহউক, ইহাও বক্তব্য যে, আইরিস এবং কোরইড যুগপৎ প্রায়ই পীড়িত হয় না, এবং এই উভয়বিধ রোগই প্রবল ও পুরাতন দ্বিবিধ।

লক্ষণ।—পুরাতন স্থলে, আইরিস প্রদাহের আদিমস্থল হইলে, পুনঃ পুনঃ আইরাইটিস রোগে সাইনেকিয়া ঘটিয়া, পোষ্টেরিয়র্ চেম্বারে অতিরিক্ত য়্যাকিউয়স সংযত হওত আইরিসকে ক্রমে ক্রমে কর্ণিয়ার অভিমুখে ঠেলিতে থাকে, সুতরাং উহা ন্যুব্জ হইয়া পড়ে। আইরিসের জালবৎ বিধান অস্পষ্ট হয়। আইরিস অতিশয় বিবর্ণ ও পাতলা হইয়া চুপ্‌সিয়া পড়ে, এবং যে যে স্থান চুপ্‌সিয়া যায়, সেই সেই স্থান গ্রন্থিবৎ উন্নত হইয়া উঠে। এইরূপ অবস্থায় সিলিয়ারি বডি ও কোরইডে প্রদাহ সঞ্চারিত হইয়া ভিট্রিয়স অস্বচ্ছ হয় ও তাহাতে মলিন লিম্ফকণা সকল ভাসমান দেখা যায়: এবং লেন্সও কিয়দংশে অস্বচ্ছ হইয়া পড়ে। এই সকল কারণ প্রযুক্ত, দৃষ্টিরও বিলক্ষণ ব্যাঘাত জন্মে। প্রদাহের প্রকোপ সময়ে চক্ষুর বিতান সমধিক বর্দ্ধিত হয়।

কিন্তু পীড়ার শেষাবস্থায় চক্ষুর অভ্যন্তরস্থ বিধান সকল চুপসিয়া যায় বলিয়া, তৎসঙ্গে সঙ্গে চক্ষুর স্বাভাবিক বিতানও বিনষ্ট হয়; এবং চক্ষু নরম হইয়া পড়ে। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা এই রোগে চক্ষুর তলদেশস্থ অবয়ব সকলের অবস্থা জ্ঞাত হওয়া দুরূহ। এই রোগ প্রবল হইলে, সপিউরেটিভ কোরইডাইটিসের অথবা সিম্প্যাথেটিক অপথ্যাল্মাইটিসের লক্ষণাক্রান্ত হইয়া থাকে।

কোরইড প্রদাহের আদিমস্থল হইলে, পুরাতন স্থলে, দৃষ্টির অস্পষ্টতা ও তারার অল্প প্রসারণ প্রভৃতি কোরইডাইটিস্ রোগের লক্ষণ সকল প্রকাশমান হয়। এই সঙ্গে সঙ্গে ভিট্রিয়স অস্বচ্ছ হইয়া পড়ে, এবং কোরইড হইতে সিরম অথবা শোণিত নিঃসরণ প্রযুক্ত রেটিনা আংশিক সংযোগচ্যুত হইয়া, তদ্দিকস্থ দৃষ্টিক্ষেত্রের অভাব ঘটায়। ক্রমে দৃষ্টি হ্রাস, চক্ষুর বিতান লঘু এবং লেন্স অস্বচ্ছ হইতে থাকে। এই সময়ে, কোরইড হইতে ক্রমে প্রদাহ আইরিসে সঞ্চারিত হয়, এবং স্বল্প আইরাইটিস রোগের লক্ষণ সকল নাতিপ্রবল ও স্থায়ীভাবে প্রকাশিত হইয়া পড়ে। চক্ষু, বিশেষত সিলিয়ারি প্রদেশ আরক্তিম ও উত্তেজিত হয়। সাইনেকিয়া ও তারার অবরোধ প্রভৃতি ঘটিয়া আইরিস ঠেলিয়া আইসে। কিন্তু, পূর্ব্বোক্ত স্থলের ন্যায় ন্যুব্জ অথবা গ্রন্থিবৎ উন্নত হয় না। দৃশ্য পদার্থ কিঞ্চিৎ বৃহৎ বলিয়া দৃষ্ট হয়, আলোকান্ধকার-জ্ঞান যৎকিঞ্চিত থাকে এবং কখন কখন গ্লকোমা রোগের লক্ষণাদিও প্রকাশিত হইতে পারে।

পরিণাম।—শেষোক্ত স্থলাপেক্ষা প্রথমোক্ত স্থলের পরিণাম অনেক সুবিধাজনক বলিতে হইবেক। যাহাহউক, দৃষ্টিক্ষেত্রের ব্যত্যয়, রেটিনার সংযোগচ্যুতি, রেটিনা ও অপ্টিক নার্ভের হ্রাস, লেন্সের অস্বচ্ছতা, তারার অবরোধ, গ্লকোমা রোগ, আইরিস ও কোরইডের গুরুতর প্রদাহ, দৃষ্টি ও আলোকান্ধকার জ্ঞানের অভাব ইত্যাদি না ঘটিলে, এবং রোগের প্রারম্ভ হইতেই উপযুক্তরূপে চিকিৎসাদি হইতে থাকিলে, এই রোগ আরোগ্য হইতে পারে। অন্যথা অস্ত্রসাধন দ্বারাও পুনর্দৃষ্টি আনয়ন করা যায় না।

কারণ—যে যে কারণে আইরাইটিস্ এবং কোরইডাইটিস্ রোগ জন্মে, সেই সেই কারণে এই রোগও ঘটিয়া থাকে। আইরাইটিস রোগের সাইনেকিয়া এবং তারার অবরোধ এই রোগের বলবৎ কারণ; সুতরাং পুনঃপুনঃ

আইরাইটিস রোগে যাহাতে তারা অবরুদ্ধ হইতে না পারে, তাহার প্রতিবিধান করিলে, এই রোগ হইতে পারে না। চক্ষুর অভ্যন্তরে কোন পদার্থ নিবশিত থাকিয়াও এই রোগ জন্মিতে পারে; এবং ক্যাটারাক্ট অস্ত্রসাধনের পরেও এই প্রদাহ উপস্থিত হয়।

চিকিৎসা।—উপদংশ, বাত ও মেলেরিয়া জ্বর প্রভৃতি শারীরিক পীড়াজনিত স্থলে, অগ্রে তত্তৎ রোগোপশমনের চেষ্টা দেখা সর্ব্বতোভাবে উচিত। রোগের প্রথমাবস্থায়, যখন কোনরূপ গুরুতর উপসর্গ উপস্থিত না হয়, তখন চক্ষুতে উগ্র ঘ্যাট্রোপীন প্রয়োগ (৩৮ ব্য), ভ্রূদেশে একষ্ট্রাক্ট বেলেডোনার প্রলেপ এবং চক্ষু প্যাড ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা বিশ্রান্ত রাখিয়া, উপদংশ স্থলে, মার্কিরির বাষ্পগ্রহণ অথবা পোটাসি আইওডিড ও হাইড্রাজ বাইক্লোরাইড মিক্শ্চার (১১৭, ১১৮, ১১৯, ১২২ ব্য) প্রতিদিবস ২।৩ বার আহারের ২।১ ঘণ্টা পরে সেবন করা উচিত। উপদংশজনিত স্থলে, এই রোগ প্রায়ই আরোগ্য (সিফিলিটিক রেটিনাইটিসের চিকিৎসা দেখ) হইয়া যায়। মেলেরিয়া-জনিত স্থলে, কুইনাইন মিক্শ্চার (১২৫, ১২৬, ১৩৪, ১৩৫, ৯৬ ব্য) অথবা তদ্বিধ ঔষধাদি সেব্য; এবং বাতজস্থলে, স্যালিসিলেট অব সোডা, আইওডাইড অব্ পোটাসিয়ম অথবা আইওডিন মিক্শ্চার (১১৫, ১২০, ১৩০, ১১৬, ১২২ ব্য) ও ব্রিষ্টলের সার্সা প্রভৃতি বাতজ আইরাইটিস রোগের ব্যবস্থাদি প্রয়োজ্য হইয়া থাকে। প্রয়োজন মতে, রগে পর্য্যায়ক্রমে ব্লিষ্টার প্রয়োগ, চক্ষুতে বেলেডোনা লোশনের পটি এবং রাত্রিকালে আফিঙ্গ সেবনাদির ব্যবস্থা দেওয়া যাইতে পারে। যাহাহউক, এই সকল ঔষধাদিতে চক্ষুর দৃষ্টি সম্বন্ধে কোনরূপ স্থায়ী উপকার হয় না; কেবল উত্তেজনাদি তিরোহিত হইয়া থাকে। এই উত্তেজনা তিরোহিত হইলেও সাইনেকিয়া বর্ত্তমান থাকিয়া, পুনঃপুনঃ প্রদাহ উপস্থিত হইতে পারে বলিয়া, চক্ষুর উত্তেজনা তিরোহিত হইলেই, অথবা কোন প্রকার চিকিৎসাদির পূর্ব্বেই, অথবা প্রদাহ নাতিপ্রবল থাকিলে, এবং চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি হইলে, আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। ইহাতে দৃষ্টির অনেক সুবিধা হইতে পারে। যাহাহউক, একাধিক বার অস্ত্রসাধন অথবা অস্বচ্ছ লেন্স বহিষ্করণও প্রয়োজন হইতে পারে। কিন্তু, চক্ষু চুপ্‌সিয়া যাইলে, অথবা রেটিনা সংযোগচ্যুত হইয়া পড়িলে, অস্ত্রসাধনে কোনরূপ উপকার দর্শে না।

নিম্নলিখিত স্থলে, এই রোগে আইরিডেক্টমী করা সুসাধ্য নহে।

১। আইরিস কর্ণিয়ার দিকে ঠেলিয়া আসায় য্যাণ্টেরিয়ার চেম্বার সঙ্কীর্ণ হয়; সুতরাং ত্রিভুজাকার আইরিডেক্টমী ছুরিকা না লইয়া গ্রেফির ছুরিকা লইতে হয়।

২। আইরিসকে কর্ণিয়ার বিদারণ দিয়া টানিয়া আনিবার সময় উহার তারা-প্রান্ত যাহা লেন্সে সংযুক্ত থাকে, তাহা তথায় ছিঁড়িয়া অবশিষ্ট রহে। এরূপ হইলে তাহাকে পুনরায় বহিষ্কৃত করিতে চেষ্টা করা উচিত নহে। উহা অবশিষ্ট রহিলে অস্ত্রসাধনের সু-উদ্দেশ্যের হানি করে না।

৩। কখন কখন পচাখসা আইরিস টানিয়া আনিতে পারা যায় না; এবং কখন কখন আইরিডেক্টমীর পরেও ইউভিয়া সমাচ্ছন্ন হইয়া লেন্স স্বচ্ছ হইয়া থাকে। ভবিষ্যতে এরূপ লেন্স বহিষ্কৃত করাই শ্রেয়ঃ।

৪। কখন কখন আইরিসকে টানিতে গেলে, দৃঢ় সাইনেকিয়া প্রযুক্ত লেন্সের ক্যাপসিউল ছিঁড়িয়া যায়। এরূপ দুর্ঘটনায় ছানি রোগ জন্মে।

সিম্প্যাথেটিক্ অপ্থ্যাল্মিয়া।

SYMPATHETIC OPHTHALMIA.

একটী চক্ষু বিনষ্ট অথবা আহত হইয়া তজ্জন্য দ্বিতীয় চক্ষুতে প্রদাহ উপস্থিত হইলে, তদ্বিধ প্রদাহের নাম সিম্প্যাথেটিক অপথ্যাল্মিয়া। এই রোগকে অফথ্যাল্মাইটিস, সিম্প্যাথেটিক সিক্লাইটিস, সেপ্টস এবং নিউরোটিক সিক্লাইটিস রোগও বলে। পূর্ব্বে এই রোগকে সিম্প্যাথেটিক অপথ্যাল্মাইটিস বলিত। এই রোগ হইলে, দৃষ্টি সম্পূর্ণ বিনষ্ট হয়; এবং ইতঃপূর্ব্বে অন্য চক্ষুটী আঘাতিত হইয়া বিনষ্ট থাকায়, রোগী উভয় চক্ষুতে অন্ধ হইয়া পড়ে। মাসের পর মাস, বৎসরের পর বৎসর, কোন প্রকার বেদনা অনুভব না করিয়াও ক্রমে উক্ত সুস্থ চক্ষুটি অন্ধ হইয়া যায়। এই রোগ উত্তেজনা ও প্রদাহ নামে দ্বিবিধ। তন্মধ্যে প্রদাহিত শ্রেণীও সামান্য ও প্রবল প্রদাহভেদে দ্বিবিধ।

উত্তেজিত হইলে, অর্থাৎ সামান্য প্রদাহে, বিনাশিত বা আঘাতিত চক্ষু প্রদাহিত হইলে, তৎসঙ্গে সঙ্গে সুস্থ চক্ষুও ভয়ানক উত্তেজিত হয়; এবং তন্নিমিত্ত লিখনপঠনাদি চাক্ষুষ কার্য্যে অল্পক্ষণেই শ্রান্তিবোধ ও নিকটস্থ

পদার্থ সময়ে সময়ে ক্ষণিক তমসাচ্ছন্ন বলিয়া বোধ হওয়ায়, অনবরত আকৃষ্টদর্শনে সুস্থ চক্ষু ক্রমাগত উত্তেজিত হইতে আরম্ভ হয়। দৃষ্টি কিঞ্চিৎ ঝাপ্‌সা হয়, এবং দৃশ্য পদার্থ যেন নাচিতেছে এরূপ বোধ হয়। সূক্ষ্ম বা দূর দর্শনের ব্যাঘাত না হইলেও অল্পক্ষণেই তত্তৎ কার্য্যে ক্লান্তি বোধ হয়। রোগের আক্রমণ সময়ে কর্ণিয়ার চতুষ্পার্শ্বস্থ স্ক্লেরটিকের গোলাপীবর্ণ আরক্তিমতা, সিলিয়ারি প্রদেশে কখন কখন অল্প বা অধিক যাতনা, অশ্রুপতন ও আলোকভীতি প্রভৃতি লক্ষণাদি বর্ত্তমান থাকে, এবং এই যাতনা শৈবিকভাবে কখন কখন অত্যন্ত চিড়িক মারিতে থাকে। অল্প দিবসের মধ্যেই এবং কখন কখন দুই এক সপ্তাহে এই উত্তেজনা ক্রমশ উপশমিত হইতে পারে; এবং আহত চক্ষুর প্রদাহের আরোগ্যের সঙ্গে সঙ্গে আরোগ্য হইয়া থাকে। কিন্তু, শৈত্য সংস্পর্শ, রৌদ্রভোগ অথবা চাক্ষুষ কার্য্যে অধিকক্ষণ অভিনিবেশ করিলে, এই উত্তেজনার বিলক্ষণ বৃদ্ধি হয়। বিনষ্ট চক্ষু উৎপাটিত করিলে, তৎসঙ্গে সুস্থ চক্ষুর এবম্বিধ উত্তেজনা তিরোহিত হওয়াই এবং পুনঃপুনঃ ঘটিলেও সৌত্রিক রসস্রাবের এবং চক্ষুর কোন অবয়বের প্রাদাহিক অপকর্ষক পরিবর্ত্তনের অভাবই প্রবল প্রদাহ হইতে এই উত্তেজনার প্রভেদজ্ঞাপক লক্ষণ। উত্তেজিত স্থলে, চক্ষুর কার্য্যবিশৃঙ্খলা হয় মাত্র; যান্ত্রিক পরিবর্ত্তন ঘটে না; এবং তাহা প্রদাহের পূর্ব্বলক্ষণও নহে। কারণ, উত্তেজনা না ঘটিয়াও সচরাচর প্রদাহ উপস্থিত হয় এবং প্রদাহ না ঘটিয়াও উত্তেজনা তিরোহিত হইয়া থাকে।

দ্বিতীয়োক্ত স্থলে অর্থাৎ প্রবল প্রদাহে, চক্ষুর আভ্যন্তরিক প্রদাহের সমস্ত লক্ষণ ভয়ানকরূপে প্রকাশিত হয়। কেরাটাইটিস পংটেটা অর্থাৎ কর্ণিয়ার পশ্চাদ্দিকে লিম্ফ সঞ্চয় হইয়া, পরে আইরিস সর্ব্বাগ্রে এই প্রদাহে প্লাষ্টিক রসস্রাবে সংযুক্ত ও অকর্ম্মণ্য হইয়া পড়ে; এবং তৎপরে কোরইড, সিলিয়ারি বডি ও ভিট্রিয়স প্রভৃতি অন্যান্য অবয়বাদি প্রদাহিত হইয়া এবং সাইনেকিয়া ঘটিয়া চক্ষু ভয়াবহ আকার ধারণ করে। চক্ষুর আরক্তিমতা ও যাতনা প্রথমাবস্থায় সামান্যরূপে প্রকাশিত হইয়া কোন প্রকার প্রতিবিধান করিতে না করিতেই ক্রমে গুরুতর হইয়া পড়ে। সিলিয়ারি প্রদেশে বেদনা, চক্ষুর বিতানের বৃদ্ধি ও হ্রাস এবং রেটিনা ও কোরইডের বিশ্লেষণ প্রভৃতি ঘটনা

ঘটিয়া চক্ষু একেবারে অকর্ম্মণ্য হইয়া পড়ে। আইরিস লিম্ফযুক্ত হইলে, প্রথমেই উহা নরম ও পচাধসা হইয়া পড়ে। কিন্তু, শেষাবস্থায় প্রদাহাদি অতীত হইলেই উহা অতিশয় শক্ত হইয়া পড়ে, এবং উহার স্থিতিস্থাপকতা নষ্ট হইয়া যায়। তখন উহা ঘন সৌত্রিক মেম্ব্রেণে আবৃত হইয়া পড়ে। চক্ষুতে অগ্রে কোন প্রকার বেদনা না হইয়া এই রোগ প্রকাশিত হয়; এবং এই রোগে পূয জন্মে না। উত্তেজনা হইতে প্রদাহে পরিবর্ত্তিত হইবার সময় এই রোগে আইরিস কম্পিত হইতে থাকে।

বাহ্য লক্ষণ।—রোগের প্রথমাবস্থায় কনজংটাইভার সামান্য আরক্তিমতা, কেরাটাইটিস পংটেটা, আলোকভীতি, অশ্রুনিঃসরণ এবং তাহার সঙ্গে চন্-প্রসারণে অক্ষমতা ইত্যাদি ঘটে। নিকটস্থ পদার্থ অস্পষ্ট বোধ হয়; অধিক ক্ষণ কোন বস্তুতে দৃষ্টি নিক্ষেপ করিতে পারা যায় না, লিখনপঠনাদি কার্য্যে চক্ষু সত্বর ক্লান্ত হইয়া পড়ে, এবং অক্ষরাদি বিশৃঙ্খল ও পরস্পর জড়িত ও অস্পষ্ট দেখায় ও কিয়ৎক্ষণ বিশ্রাম না দিলে, ক্ষণকালের নিমিত্তও পুনঃপাঠাদিতে ব্যাপৃত হওয়া যায় না। কিন্তু, পুনঃপুনঃ এইরূপ ঘটে। এরূপ অবস্থায় বেদনাদি থাকে না বলিয়া রোগের গুরুতা উপলব্ধি হয় না। পরে, পীড়ার প্রকোপ বৃদ্ধি হইয়া স্ক্লেরটিকের রক্তশিরা সকল কর্ণিয়ার চতুর্দ্দিকে আরক্তিম অবস্থায় দৃষ্ট হওত চক্ষুর আভ্যন্তরিক বিধান সকলের রক্তাধিক্য প্রকাশ করিতে থাকে। এই রোগ পূর্ব্ববর্ণিত সামান্য উত্তেজনার পরবর্ত্তী ঘটনা অথবা সহসা ক্রমে প্রকাশিত হইয়া থাকে। এই রোগের গতি অতি মৃদু। সামান্য স্থলে, চক্ষু আরোগ্য হইলেও অনেকস্থলে ক্রমাগত ২।৩ বৎসর যাবৎ রোগ-ভোগান্তে চক্ষু অন্ধ হইয়া পড়ে। সর্ব্বশেষে এই রোগ প্ল্যাষ্টিক আইরিডো-সিক্লাইটিস বা আইরিডো-কোরইডাইটিস বা সিলিয়ারি ষ্ট্যাফিলোমা রোগের আকৃতি ধারণ করে। এই রোগ অতি দুর্দ্দম্য এবং রোগান্তেও পুনরাবর্ত্তন করিতে পারে। একবার আরম্ভ হইলে, এই প্রদাহ অনেক মাস এমত কি ২।১ বৎসর যাবৎ ব্যাপী হয়।

উত্তেজনাপ্রদ চক্ষুর লক্ষণ।—যখন কোন আহত চক্ষু দ্বারা অপর সুস্থ চক্ষুটীতে উত্তেজনা নীত হয়, তখন পূর্ব্বোক্ত আহত চক্ষুতে আইরিডো-সিক্লো-কোরইডাইটিস রোগের লক্ষণাদি বর্ত্তমান থাকে। ঐ চক্ষুর সিলিয়ারি

প্রদেশ আরক্তিম হয় এবং তাহাতে আলোকভীতি, অশ্রুনিঃসরণ ও বিলক্ষণ শৈরিক বেদনা জন্মে। কিন্তু, তদ্দ্বারা যখন অপর চক্ষুতে প্রদাহ নীত হয়, তখন উহাতে আইরাইটিস রোগ এবং চক্ষুর বিতানুহ্রাস দেখা যায়। এই আইরাইটিস রোগে তত যাতনা বা আরক্তিমতা থাকে না। ইহাও স্মরণ রাখা উচিত যে, উত্তেজনাপ্রদ চক্ষুর দৃষ্টি সচরাচর নষ্ট হইলেও উহা অন্ধ হয় না; এবং কোন কোন অবস্থায় পরিশেষে উহা আবার উভয় চক্ষুর মধ্যে দৃষ্টিপ্রদ চক্ষু হইয়া পড়ে। আঘাতে প্রথম বিনষ্ট চক্ষুটীর নাম উত্তেজনাপ্রদ চক্ষু, অপর চক্ষুটীর নাম সমবেদী চক্ষু।

কারণ।—কোন প্রকার গুরুতর আঘাতে চক্ষু কাটিয়া যাইলে, বিশেষত তাহাতে অথবা ঐ আঘাতে কর্ণিয়ার প্রান্তনিকটে আইরিস জড়িত হইলে, সিলিয়ারি প্রদেশ আহত হইলে, অথবা চক্ষু বিনষ্ট হইলে, তদভ্যন্তরস্থ প্রদাহ সিলিয়ারি বা অপ্টিক স্নায়ু দ্বারা বাহিত হইয়া দ্বিতীয় চক্ষুকে পীড়িত করে। লৌহকণাদি পদার্থ চক্ষুর অভ্যন্তরে বিদ্ধ থাকিয়াও কখন কখন এইরূপ প্রদাহ সমানীত হয়। যাহাহউক, পূর্বোৎপাদক প্রদাহে এবং চক্ষু উৎপাটন করিলে সেই প্রদাহে এই রোগ প্রায়ই সঞ্চারিত হয় না।

চক্ষুতে আঘাত লাগিয়া প্রবল সিম্প্যাথেটিক সিক্লাইটিস হইলে, আহত স্থানে বীজাণু সকল জন্মে। ঐ বীজাণু দ্বারা পচনবিষ উৎপন্ন হয়। এই পচন প্রদাহে ঐ বীজাণু সকল লিম্ফপ্রবাহ দ্বারা বাহিত হইয়া অপ্টিক নার্ভের আবরণে সঞ্চারিত হইয়া তথা হইতে অন্য চক্ষুর ইউভিয়াল ট্রাক্টে সমানীত হইয়া থাকে; এবং তথায় স্থায়ী হইয়া প্রদাহ আনয়ন করতঃ চক্ষুটীকে অন্ধ করিয়া ফেলে। কেহ কেহ বলেন যে, সিলিয়ারি নার্ভ দ্বারা এই প্রদাহ সঞ্চারিত হয়। কিন্তু, বাস্তবিক এই রোগসঞ্চারের প্রকৃত তথ্য অদ্যাপিও অপরিজ্ঞাত রহিয়াছে।

পরিণাম।—সামান্য উত্তেজনায়, বিনষ্ট চক্ষু উৎপাটিত করিলে, দ্বিতীয় চক্ষুর রোগোপশম হয় বটে, কিন্তু পীড়া দৃঢ়বদ্ধ হইলে, প্রদাহজাত লক্ষণাদি স্বল্পদিনের জন্য স্থগিত হইলেও তাহা পুনরাবর্তন করিয়া থাকে বলিয়া, তদ্বিধস্থলের পরিণাম অতিশয় অশুভজনক বলিতে হইবেক। বয়স্ক ব্যক্তি অপেক্ষা বালকেরাই অধিকতঃ এই রোগপ্রবণ; এবং বালকদিগের এই রোগ হইলে, তাহা শীঘ্র শীঘ্র প্রকুপিত হইয়া পড়ে।

কত দিন পরে আহত বা বিনষ্ট চক্ষু দ্বারা অপর সুস্থ চক্ষুটী আক্রান্ত হইতে পারে, তাহার কোন স্থিরতা নাই। এমত কি, দীর্ঘকাল পরেও শল্যবিদ্ধ বিনষ্ট চক্ষু হইতে সুস্থ চক্ষু প্রদাহিত হইয়াছে, এরূপ প্রমাণ পাওয়া যায়। সচরাচর প্রথম পীড়িত চক্ষুর প্রদাহ সময়েই ৩ সপ্তাহ হইতে ৩ মাসের মধ্যেই উহা সুস্থ চক্ষুতে সঞ্চরণ করে। কিন্তু, এই প্রথম চক্ষুর প্রদাহ উপশম হইয়া চক্ষু বিলক্ষণ আরোগ্য লাভ করিলে অর্থাৎ সেই চক্ষুর স্ক্লেরটিক স্বাভাবিক শ্বেতবর্ণ হইলে এবং আলোকভীতি ও অশ্রুনিঃসরণাদি তিরোহিত হইলে, এবম্বিধ বিপদের কোন ভয় প্রায়ই থাকে না।

চিকিৎসা।—দ্বিতীয় চক্ষু বিলক্ষণ সুস্থ থাকিতে থাকিতে, যদি বিনষ্ট চক্ষুটী উৎপাটিত করা যায়, তবে তাহাতে প্রদাহ সঞ্চারিত হইবার কোন সম্ভাবনা থাকে না, ইহা বিজ্ঞবর অস্ত্রবেত্তাদিগের মত। যাহাহউক, যত দিন বিনষ্ট চক্ষু অঙ্গুলিস্পর্শে যাতনাপ্রদ থাকে, তত দিন পর্য্যন্ত তদ্দ্বারা সুস্থ চক্ষুর বিপদ সম্ভাবনা; সুতরাং বিনষ্ট চক্ষু উৎপাটন করিতে দীর্ঘসূত্রী হওয়া উচিত নহে। যখন আঘাতে বা আঘাতজ প্রদাহে চক্ষুটী বিনষ্ট হয় অর্থাৎ উহার দৃষ্টি একেবারেই বিনষ্ট হয়, কেবল সামান্য আলোকজ্ঞান মাত্র থাকে, এবং যখন কোন প্রকার চিকিৎসায় উহার দৃষ্টি সামান্যমাত্রও পুনরানয়ন করিতে পারা অসম্ভব বলিয়া বোধ হয়, তখনই কালবিলম্ব না করিয়া, বিশেষতঃ তদ্দ্বারা সুস্থ চক্ষুটী উত্তেজিত বা প্রদাহিত হইলে, তৎক্ষণাৎ বিনষ্ট চক্ষুটী নিষ্কাশিত করাই শ্রেয়ঃ।

যদি কোন পদার্থ এরূপভাবে চক্ষুর্নিবিষ্ট থাকে যে, তাহা বহির্গত করা দুঃসাধ্য, অথবা যে স্থলে বিনষ্ট চক্ষুর দৃষ্টি এরূপ বিনাশিত হইয়া যায় যে, কোন প্রকার চিকিৎসায় তাহা আরোগ্য হওয়া অসম্ভব, তথায় সেই চক্ষু নিষ্কাশন করাই বিধেয়। কিন্তু, কিঞ্চিৎ দৃষ্টি থাকিলে, আহত স্থানের আকৃতি-প্রকৃতি বুঝিয়া অস্ত্রচালনা করা উচিত। অপিচ, ইহাও বক্তব্য যে, উত্তেজনাপ্রদ অথবা সমবেদী কোন চক্ষুতেই প্রদাহাদি সম্পূর্ণ তিরোহিত না হইলে, কোন প্রকার অস্ত্রসাধন করা বিধিসঙ্গত নহে।

সুস্থ চক্ষুতে প্রদাহ উপস্থিত হইলে, বিনষ্ট অন্ধ চক্ষুকে নিষ্কাশিত করিয়াও যদি প্রদাহ একেবারে তিরোহিত করিতে পারা না যায়, তথাপি প্রদাহের

প্রকোপ কিয়দ্দিবসের নিমিত্ত স্থগিত হইতে পারে। কিন্তু বিনষ্ট চক্ষুতে কিঞ্চিৎ দৃষ্টি থাকিলে ও সুস্থ চক্ষু গুরুতররূপে প্রদাহিত না হইলে, বিনষ্ট চক্ষু নিষ্কাশিত না করিয়া, তদবস্থায় রাখিয়া দিলে, পরিণামে তাহা প্রদাহিত সুস্থ চক্ষু অপেক্ষা অধিক দৃষ্টিপ্রদ হইয়া থাকে। অপিচ এবম্বিধ স্থলে, প্রদাহিত সুস্থ চক্ষুতে আইরিডেক্টমী প্রভৃতি অস্ত্রসাধনও উপযুক্ত বলিয়া বোধ হয় না। তাহাতে প্রদাহের শান্তি না হইয়া, বরং বৃদ্ধি হইয়া থাকে, সুতরাং যত দিন পর্য্যন্ত প্রদাহের প্রকোপ বিলক্ষণ স্থগিত না হয়, তত দিন পর্য্যন্ত অপেক্ষা করিয়া, তৎপরে এই দ্বিতীয় চক্ষুতে আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধনে অধিকাংশ আইরিস ছেদন করা ও তৎসঙ্গে সঙ্গে অস্বচ্ছ লেন্স নিষ্কাশন করা উচিত। অপিচ, এই রোগে আইরিস এত পচাধসা থাকে এবং এত সাইনেকিয়া হয় যে, কৃত্রিম তারাই বল, আর কেবল আইরিডেক্টমীই বল, কোন প্রকার অস্ত্রসাধন তাদৃশ ফলোপধায়ক হয় না। কোন কোন স্থলে, আইরিডেক্টমী অস্ত্রের পর আবার আইরিডোটমী অস্ত্রসাধনও করিতে হয়। চক্ষুকে উৎপাটিত অর্থাৎ অক্ষিগোলক নিষ্কাশিত করিবার অস্ত্রসাধন অক্ষিকোটরের রোগ অধ্যায়ে বর্ণিত হইয়াছে (পরে দেখ)।

যাতনাপ্রদ চক্ষুর প্রদাহাদি যত্নপূর্ব্বক আঘাতজনিত আইরাইটিস রোগের ন্যায় চিকিৎসা করিয়া তাহাকে বিষাক্ত হইতে বাধা দেওয়া এবং সুস্থ চক্ষুতে উত্তেজনা বা প্রদাহ সঞ্চারিত হইতে না দেওয়া সর্ব্বতোভাবে উচিত। রোগীকে সুস্থ চক্ষুর বিপদের কথা বিজ্ঞাপিত করিয়া সেটীকে বিনষ্ট চক্ষুর প্রদাহ সময়ে এবং প্রদাহাদি বাহ্যতঃ তিরোহিত হইবার ৩।৪ মাস পর পর্য্যন্ত পর্দা দ্বারা সর্ব্বদা ঢাকিয়া রাখিতে ও কর্ম্মকার্য্যাদি হইতে বিশ্রান্ত রাখিতে বলিবে। এবম্বিধ প্রদাহে চক্ষুকে দীর্ঘকাল একেবারে বিশ্রান্ত রাখাই উচিত। এমত কি, প্রদাহ তিরোহিত হইবার অধিক দিবস পর পর্য্যন্তও চাক্ষুষ কার্য্য হইতে বিরত না থাকিলে, অথবা চক্ষুতে রৌদ্রালোক সহ্য করিতে থাকিলে, এই প্রদাহ দুর্দ্দম্যভাবে পুনরাবর্ত্তন করে। এই নিমিত্ত, ক্রমাগত ৬।৭ মাস পর্য্যন্ত অন্ধকার গৃহে সতত বাস করা উচিত। বায়ুসেবন অথবা অন্য কোন প্রয়োজনে গৃহের বাহিরে আসিতে হইলে, ব্যাণ্ডেজ অথবা নীলবর্ণের চসমা দ্বারা চক্ষু আবৃত রাখা বিধেয়। পুষ্টিকর খাদ্য এবং যে

সকল দ্রব্য ভক্ষণে কোন প্রকার হানির সম্ভাবনা নাই, অথচ শরীরে বলবৃদ্ধি হয়, সেই সকল খাদ্য ভক্ষণ এবং প্রতিদিবস বলকারক ঔষধ, বিশেষত কুইনাইন এবং লৌহঘটিত ঔষধাদির ব্যবস্থা (১২৬, ১২৭, ১৩০, ১৩৪, ১৩৮, ১৫১, ১৫২, ১৮০, ১০৩ ব্য) দেওয়া সর্ব্বতোভাবে উচিত।

সমবেদনী দ্বিতীয় প্রদাহিত চক্ষুকে সাধারণতঃ গুরুতর প্ল্যাষ্টিক আইরাইটিস রোগের ন্যায় চিকিৎসা করিতে হয়, অর্থাৎ বিশ্রাম, অন্ধকারে অবস্থান, পর্য্যায়প্রদত্ত শুষ্ক ও আর্দ্র সেঁক, য্যাট্রোপীন, জোঁক, ব্লিষ্টার প্রভৃতি এবং প্রয়োজনমতে মার্করি, আইওডাইড অব পোটাসিয়ম ব্যবস্থিত হয়। কিন্তু, ইহাও স্মরণ রাখা উচিত যে, চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি থাকিলে, য্যাট্রোপীনে উপকার না হইয়া অপকার ঘটে।

আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন। (IRIDECTOMY)

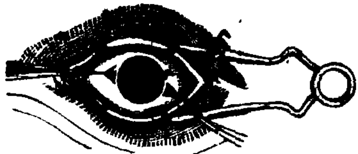
আইরিসকে নিগেচার দ্বারা বন্ধন (Iridesis), বিদারণ (Incision or Iridotomy, Iritomy), ছেদন (Excision), সিলিয়ারি বডি হইতে বিশ্লেষণ (Iridodialysis), এবং আইরিসকে টানিয়া লেন্সের সহিত উহার সংযোগ ছিন্নীকরণ (corelysis ১৯৯ পৃষ্ঠা দেখ) প্রভৃতি আইরিসে বহুবিধ অস্ত্রসাধন হয়। কিন্তু, সচরাচর আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন হয় বলিয়া, এস্থলে কেবল তাহাই বিবৃত হইতেছে।

এই অস্ত্রসাধনে পাতা বিস্ফারিত রাখিতে এক খানি ষ্টপ্ স্পেকুলম, দুই খানি ফর্সেপ্স, এক খানি গ্রেফির ক্যাটারাক্ট ছুরিকা অথবা একখানি বক্র ত্রিভুজাকার কেরাটমী ছুরিকা ও এক খানি বক্র বা সোজা আইরিস কাটিবার কাঁচি, এই কয়েক খানি শস্ত্রের প্রয়োজন হইয়া থাকে; এবং নিম্নলিখিতরূপে অস্ত্রসাধন হয়।

পরিষ্কার দিবালোকের সম্মুখে রোগী এক খানি চেয়ারে ঠেস দিয়া, উত্তর দিকে অথবা সূর্য্যের বিপরীত দিকে মুখ করিয়া বসিবে, অথবা টেবিলে চিৎ হইয়া শয়ন করিবে। টেবিলে শয়নের সময় তাঁহার মস্তক কিঞ্চিৎ উচ্চভাবে থাকিবে বলিয়া, একটা পাতলা বালিশের উপর মস্তক রাখা উচিত। অতঃপর তাঁহাকে ইথার অথবা ক্লোরোফর্ম্মের আঘ্রাণে সম্পূর্ণ অচেতন করা আবশ্যক,

অথবা চক্ষু কোকেন দিয়া সম্পূর্ণ অসাড় করিতে হয়। পরে, অস্ত্রবেত্তা ষ্টপ্‌স্পেকুলম্‌ দ্বারা রোগীর অক্ষিপুটদ্বয়কে ইচ্ছানুরূপ বিস্ফারিত রাখিয়া ও রোগীর মস্তকের পশ্চাতে দণ্ডায়মান থাকিয়া, তিনি চক্ষুতে যে স্থানে অস্ত্র করিবেন মনে করিয়াছেন, তাহার বিপরীত দিকস্থ এক ভাঁজ কনজংটাইভা পূর্ব্বোক্ত এক খানি ফর্সেপ্স্‌ দ্বারা এক হস্তে ধৃত করিয়া, অক্ষিগোলককে বিলক্ষণ স্থির রাখিবেন। অতঃপর ছুরিকা খানি দ্বারা কর্ণিয়ায়, অথবা কর্ণিয়া-স্ক্লেরটিকের সন্ধিস্থানে, অথবা কর্ণিয়ার পরিধির ½ অথবা ১ লাইন অন্তরে স্ক্লেরটিকে, ইচ্ছানুরূপ অথবা প্রায় ⅙ ইঞ্চি পরিমিত একটী বিদারণ করিবেন। যাহাতে লেন্স আহত না হয়, এরূপে আস্তে আস্তে ও স্থিরভাবে আইরিসের সম্মুখ পর্য্যন্ত ছুরিকা প্রবেশ করাইতে হয়, এবং ঐ ছুরিকা বহির্গত করিবার সময়েও তদ্রূপ সাবধান হইতে হয়। নতুবা, সহসা য়্যাকিউয়স নির্গত হইয়া তৎক্ষণাৎ চক্ষুর বিতান লঘু হয় ও রক্তস্রাব প্রভৃতি বিপদ ঘটিতে পারে। এই ছুরিকা বহির্গত করিবার সময়, যখন উহা য়্যাণ্টেরিয়র চেম্বার হইতে প্রায় বহির্গত হইয়া আসিয়াছে, তখন উহাকে কিঞ্চিৎ চাপিয়া, যাহাতে উভয় দিকস্থ বিদারণ সম-প্রশস্ত হয়, এরূপ ভাবে বিদারণের দুই দিকের দুইটী কোণ কাটিয়া আসিতে হয়। নতুবা, এক খানি স্থূলাগ্র বক্রফলক কাঁচির দ্বারাও বিদারণের দুই কোণ ইচ্ছানুরূপ কাটিতে পারা যায়। এক্ষণে, অস্ত্রবেত্তা এক হস্তে অক্ষিগোলককে উক্ত ফর্সেপ্স দ্বারা স্থিরভাবে ধরিয়া, অথবা সেই ফর্সেপ্স্‌ সাহায্যকারী ডাক্তারের হস্তে দিয়া, ও প্রয়োজন হইলে, চক্ষুকে নিম্নদিকে কিঞ্চিৎ ফিরাইতে বলিয়া, অপর হস্ত দ্বারা আইরিস ফর্সেপ্স্‌ খানি মুদিতভাবে উক্ত বিদারণের মধ্য দিয়া য়্যাণ্টেরিয়র চেম্বারে প্রবেশিত করত, সিলিয়ারি প্রান্ত ও তারার প্রান্ত এতদুভয়ের মধ্যবর্ত্তী স্থানে আইরিসকে ধৃত করিয়া, ও তাহা আস্তে আস্তে উক্ত বিদারণের মধ্য দিয়া টানিয়া আনিয়া, যতদূর প্রয়োজন ততদূর বহির্গত করিতে হয়। পরে, তিনি নিজে অথবা তাঁহার সাহায্যকারী আইরিসের উক্ত বহিষ্কৃত অংশ এক খানি ক্ষুদ্র কাঁচির দ্বারা উক্ত বিদারণ ঘেঁসিয়া কাটিয়া লয়েন। যদি উক্ত বিদারণের অভ্যন্তর দিয়া কিয়দংশ আইরিস স্বয়ং বহির্গত হইয়া আইসে, তবে পূর্ব্বোক্ত আইরিস ফর্সেপ্স খানিকে য়্যাণ্টেরিয়র চেম্বার মধ্যে প্রবেশিত করিবার প্রয়োজন হয় না।

বহির্গত আইরিসকে ধরিয়া এবং টানিয়া আবশ্যকমতে আরও কিঞ্চিৎ বহির্গত করিয়া, দ্বিখণ্ডিত করা যায় (পার্শ্বস্থ চিত্র দেখ)। আইরিসকে একবারেতেই দ্বিখণ্ডিত করা বিধেয়; এবং উহার কোন ক্ষুদ্র অংশ পর্য্যন্তও যাহাতে



উক্ত বিদারণের মধ্যে লগ্ন না থাকে, এরূপ করা উচিত। পরে, আইরিস য্যাণ্টেরিয়র চেম্বারের মধ্যে পুনর্নিহিত হইয়া পড়িলে, চক্ষু হইতে ষ্টপ্ স্পেকুলম খুলিয়া, এবং প্যাড ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষু আবদ্ধ রাখিয়া, রোগীকে কিয়দ্দিবস শয্যাগৃহে স্থিরভাবে শায়িত রাখিতে হয়। ৩।৪ দিবসের মধ্যেই স্ক্লেরটিকের অথবা কর্ণিয়ার বিদারণ সংযুক্ত হইয়া যায়; এবং রোগী সত্বর অস্ত্রজনিত ক্লেশ হইতে নিস্তার পায়। অস্ত্রসাধনের পরে চক্ষুতে অতিরিক্ত যাতনাবোধ হইলে, কখন কখন মর্ফিয়া সেবন প্রয়োজন হইয়া থাকে। কেহ কেহ প্যাড ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষু আবদ্ধ রাখিবার সময়, মুদিত পুট ও ভ্রূদেশোপরি আদ্র্ লিণ্ট লাগাইয়া অথবা গ্লীসারিণ, বেলেডোনা, অথবা একোনিসিয়া অয়েণ্টমেণ্ট (৮৪, ৭৯ ব্য) প্রলেপিত করিয়া থাকেন। যাহাহউক, সাহায্যকারী ডাক্তার বিলক্ষণ বহুদর্শী না হইলে, তাঁহার হস্তে অক্ষিগোলক স্থির রাখিতে ফর্সেপ্স দেওয়া, অথবা আইরিস ছেদন করিতে কাঁচি দেওয়া, কদাচ বিধেয় নহে।

উপদেশ ও সতর্কতা।—১মতঃ। অস্ত্রসাধনের পূর্ব্বে পরিপক্ক গ্লকোমা রোগের ন্যায় তারা অতিরিক্ত প্রসারিত থাকিলে, এসারীন অথবা ক্যালাবার বীন প্রয়োগে উহাকে সঙ্কুচিত করতঃ এই অস্ত্রসাধন করিতে হয়।

২য়তঃ। অস্ত্রসাধন সময়ে স্ক্লেরটিক বা কর্ণিয়াকে অল্প না চিরিয়া, আবশ্যকমতে কিঞ্চিদধিক চিরিলে, তদ্দ্বারা হানি হইবার সম্ভাবনা নাই। উক্ত বিদারণ ২৪ ঘণ্টার মধ্যেই সংযুক্ত হইতে পারে। কিন্তু, অল্প চিরিলে, এই অস্ত্রসাধন সুন্দররূপে সম্পন্ন হয় না।

৩য়তঃ। ছুরিকা চালাইবার সময়, উহা য়্যাণ্টেরিয়র চেম্বারের মধ্যে, যাহাতে কর্ণিয়া এবং আইরিস এতদুভয়ের মধ্যস্থান দিয়া প্রবেশ করিতে থাকে, এরূপ সাবধান হইলে, কর্ণিয়া ও লেন্স আহত হইবার সম্ভাবনা থাকে না।

৪র্থতঃ। আইরিস টানিয়া বাহির করিবার সময় আইরিসের সিলিয়ারি প্রান্ত যাহাতে আইরিসের সহিত সংযোগ হইতে বিশ্লিষ্ট হইয়া আইসে, একপ করা বিধেয়। অপিচ, আইরিসের এক টুকু ক্ষুদ্র অংশও বিদারিত স্থানে অবস্থিত রাখা বিধেয় নহে। উহা যত্নপূর্ব্বক পরিষ্কার করিয়া লইতে হয়। নতুবা, তথায় ফিশ্‌চুলা হইবার অথবা আইরিস দীর্ঘকাল উত্তেজিত থাকিবার সম্ভাবনা। অস্ত্রসাধনের পর য্যাণ্টেরিয়র চেম্বার হইতে রক্ত পরিষ্কার করিবার প্রয়োজন হইলে, কোনরূপ অস্ত্রপ্রয়োগ করা বৈধ নহে। উহা স্বয়ং, বিশেষত কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ ব্যবহারে আশোষিত হইয়া যায় ও ভবিষ্যতে কোনরূপ অনিষ্ট ঘটায় না। একটী ক্ষুদ্র কিউরেটি কেবল মাত্র বিদারণের মধ্যে প্রবিষ্ট করিয়া অক্ষিগোলক স্থির রাখিবার ফর্সেপ্স্ দ্বারা অক্ষিগোলকে কিঞ্চিৎ চাপ দিলে, অথবা ঐ কিউরেটি দ্বারা বিদারণের ঊর্দ্ধ পাতায় কিঞ্চিৎ চাপ দিলে, যদি রক্ত সহজে শীঘ্র বহির্গত না হয়, তবে স্কুপ প্রভৃতি শস্ত্র ব্যবহার করা কদাচ উচিত নহে।

কৃত্রিম তারা করিতে এই আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন হইয়া থাকে: তবে, প্রয়োজন হইলে, টিরেলের হুকও ব্যবহার করিতে হয়, এবং আইরিডোটমী (iritomy) অস্ত্রসাধনও করিতে হয়। টিরেলের হুক এইরূপে ব্যবহার করিতে হয়।

ছুরিকা ব্যবহার করিবার অগ্রিম যাবতীয় কার্য্যাদি অনুষ্ঠিত হইলে, ছুরিকা ব্যবহার না করিয়া কর্ণিয়ার প্রান্তে একটী প্রশস্ত নিডল প্রবেশিত করিয়া ছিদ্র করিতে হয়; এবং সেই ছিদ্রাভ্যন্তর দিয়া টিরেলের ভোঁতা হুক তারার প্রান্ত পর্য্যন্ত তির্য্যক ভাবে প্রবেশিত করিতে হয়। পরে উহাকে নীচের দিকে ফিরাইয়া উহার অর্দ্ধ কড়ি দিয়া তারার প্রান্ত ধরিয়া আস্তে আস্তে ঘুরাইয়া ঘুরাইয়া ধৃত আইরিসের অংশের সহিত উহাকে বাহির করিতে হয়। আইরিসের ঐ অংশ বাহিরে আসিলেই সাহায্যকারী তৎক্ষণাৎ তাহাকে কর্ণিয়ার বিদারণের নিকটে এক খানি বক্র কাঁচির দ্বারা দ্বিখণ্ড করিয়া থাকেন। পরে, স্পড অথবা কোন ভোঁতা অস্ত্র দ্বারা আইরিসকে ঠেলিয়া চক্ষুগর্ভে দিতে হয়। নতুবা, উহা বিদারণে যুক্ত হইয়া ক্ষতশুষ্ক হইতে পারে। অতঃপর যন্ত্রাদি খুলিয়া পূর্ব্ববৎ প্যাড ও ব্যাণ্ডেজাদি দ্বারা চিকিৎসা করিতে হয়।

লেন্সের অভাবস্থলেই কৃত্রিম তারা করা প্রয়োজন হইলে, আইরিডোটমী অস্ত্র করিতে হয়। উহা আইরিসে সামান্য বিদারণ মাত্র। ছানি অস্ত্রের পরে আইরিস সেই বিদারণে গাঢ় লগ্ন হইলেই উহা সমাহিত হইয়া থাকে। উহা সমাধা করিতে আইরিডেক্টমীর ন্যায় সমস্ত কার্য্য করিয়া কর্ণিয়ার উর্দ্ধদিকে কেরাটমী প্রবেশ করাইয়া তাহাকে রসস্রাবী কৃত্রিম মেম্ব্রেণ যুক্ত আইরিসের পশ্চাৎ পর্য্যন্ত প্রবেশিত করিয়া উন্মুক্ত করিতে হয়। পরে, এই পথে আইরিডোটমী নামক কাঁচি, ফলক মুদিত করিয়া প্রবেশিত করিতে হয়। উহা আইরিসে পৌঁছিলেই উহার একখানি ফলক আইরিসের পশ্চাতে এবং অপর খানি সম্মুখে, এরূপভাবে উহাকে খুলিয়া, উর্দ্ধ হইতে নিম্নাভিমুখে এক পোঁচে আইরিসকে কাটিতে হয়। অতঃপর অস্ত্রাদি খুলিয়া লইয়া আইরিডেক্টমীর ন্যায় ব্যাণ্ডেজাদি বাঁধিতে হয়। কাঁচি দিয়া কাটিলেই তৎক্ষণাৎ আইরিসের তৎস্থান ফাঁক হইয়া যায়, এবং তাহাতে ফাটল বা ত্রিভুজাকারে কৃত্রিম তারা হইয়া পড়ে। কোন কোন স্থলে, দুইবার কাঁচির পোঁচ দিয়া ইংরেজী (v) এই অক্ষরের ন্যায় আইরিস কাটিতে হয়। আইরিডেক্টমী অপেক্ষা এই অস্ত্রসাধন করিলে কৃত্রিম তারায় দৃষ্টির বিলক্ষণ সুবিধা হইয়া থাকে।

নিম্নলিখিত রোগে আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন অনুষ্ঠিত হইয়া থাকে। তন্মধ্যে ১ম শ্রেণীতে কেবল প্রদাহ ও চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি হ্রাস করিতে এবং ২য় শ্রেণীতে দৃষ্টির সুবিধার জন্য কেবল কৃত্রিম তারা করিবার অভিপ্রায়ে এই অস্ত্রপ্রক্রিয়া সাধিত হইয়া থাকে।

১। কোন কোন স্থলে, ছানি তুলিবার অস্ত্রসাধনের সুবিধার্থে ইহাই প্রথম আয়োজন ও অনুষ্ঠান। ২। সপিউরেটিভ কর্ণিয়াইটিস রোগে এবং বিস্তৃত ভয়ানক গভীর ক্ষত রোগে কর্ণিয়া ফাটিয়া যাইবার সম্ভাবনায়। ৩। কর্ণিয়া ফাটিয়া যাইলে, যদি উহা তৎস্থানে ষ্ট্যাফিলোমা যুক্ত হইতে আরম্ভ হয় এবং চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি থাকে। ৪। কর্ণিয়ার দুর্দ্দম্য ফিশ্চুলা রোগে এবং আইরিস বহিঃসৃত হইলে। ৫। পৌনঃপুনিক আইরাইটিস, ক্রণিক আইরাইটিস, এবং আইরিডো-কোরইডাইটিস রোগে, বিশেষতঃ যথায় বৃত্তাকার সাইনেকিয়া ঘটিয়া য়্যাণ্টেরিয়ার ও পোষ্টেরিয়ার চেম্বারের সংযোগ পথ রুদ্ধ হইয়া থাকে। ৬। আইরিসে কোন বাহ্য পদার্থ নিবিষ্ট বা তাহাতে টিউমার

বা সিন্থ জন্মিলে। ৭। আঘাতজনিত ছানি রোগে লেন্স অত্যন্ত স্ফীত, চক্ষু অত্যন্ত উত্তেজিত এবং বিতানবৃদ্ধি থাকিলে। ৮। নানাবিধ ছানি তুলিবার অস্ত্রসাধনে, লেন্স বহির্গমন সময়ে আইরিস ঘৃষ্ট হইবে না বলিয়া, এবং পরবর্ত্তী প্রদাহপ্রবণতা হ্রাস করিবার অভিপ্রায়ে। ৯। নানা প্রকার গ্লকোমা রোগে, যথায় চক্ষুর বিতানবৃদ্ধিতে পরিশেষে অপ্টিক নার্ভ গহ্বরিত হইয়া চক্ষু অন্ধ হইতে পারে তথায়। এই সমস্ত স্থলেই সত্বর আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন অতীব প্রয়োজনীয়।

নিম্নলিখিত রোগে কোন কৃত্রিম তারা করিবার অভিপ্রায়ে আইরিডেক্টমী সমাহিত হইয়া থাকে। ১। কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতা এবং কনিকাল-কর্ণিয়া রোগে। কনিকাল-কর্ণিয়া রোগে দ্বিবিধ অভিপ্রায়ে উহা অনুষ্ঠিত হয়। উহা দ্বারা চক্ষুর বিতানবৃদ্ধির হ্রাস হয় এবং কর্ণিয়ার যে স্থানে ন্যুব্জতার কোন পরিবর্ত্তন প্রায়ই ঘটে নাই, তথায় সমাহিত হইলে, সুন্দর দৃষ্টিপ্রদ কৃত্রিম তারা হয়। ২। আইরাইটিস রোগে তারা অবরুদ্ধ হইয়া পড়িলে। ৩। ল্যামিনার ক্যাটারাক্ট এবং লেন্সের স্থানান্তরতা রোগে।

নাসিকা এবং ভ্রূদেশের ঔন্নত্য বিধায় তত্তদ্দিকে আইরিডেক্টমী করা অপেক্ষা, কর্ণাভিমুখে আইরিডেক্টমী করা সহজ। যাহাহউক, অস্ত্র করিবার আবশ্যকতানুসারে আইরিডেক্টমীর আকার এবং স্থান-নির্ণয় বিভিন্ন হইয়া থাকে। প্রদাহ অথবা বিতান দমন করিতে, ভ্রূদেশাভিমুখে আইরিডেক্টমী করাই উচিত। এবম্বিধ স্থলে, বিশেষত গ্লকোমা রোগে, সিলিয়ারি প্রান্ত পর্য্যন্ত আইরিস ছেদন করিবার আশয়ে, যাহাতে স্ক্লেরটিকে এই বিদারণ হয়, তাহা করা কর্ত্তব্য, এবং বিদারণ এত প্রশস্ত হওয়া উচিত যে, তন্মধ্য দিয়া অনায়াসে প্রায় এক-পঞ্চমাংশ আইরিস বহির্গত হইয়া আসিতে পারে। কিন্তু, কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতা ও ল্যামিনার ক্যাটারাক্ট প্রভৃতি রোগে আলোক-প্রবেশনের নিমিত্ত কৃত্রিম তারার প্রয়োজন হইলে, নাসিকার দিকে কিঞ্চিৎ অল্প-পরিসর বিদারণ করা কর্ত্তব্য। এবম্বিধ স্থলে, কর্ণিয়ার অবস্থা দেখিয়া আইরিডেক্টমীর স্থাননির্ণয় হইয়া থাকে। যে দিকে কর্ণিয়া বিলক্ষণ স্বচ্ছ এবং স্বাভাবিক ন্যুব্জ থাকে, তদ্দিকেই এই অস্ত্রসাধন বিধেয়, এবং এরূপস্থলে, স্ক্লেরটিকে উক্ত বিদারণ না হইয়া কর্ণিয়া ঘেঁসিয়া হওয়াই সুবিধাজনক।

য়্যান্টেরিয়ার চেম্বারে রোগ।

য়্যান্টেরিয়র চেম্বারের মধ্যে য়্যাকিউয়স নামক জলবৎ পদার্থ পরিপূর্ণ থাকে। এই য়্যাকিউয়স আইরাইটিস রোগে বিবর্ণ ও মলিন হয়। নেবা অর্থাৎ জণ্ডিস রোগে উহা পীতবর্ণ হয়; এবং কর্ণিয়া, আইরিস, সিলিয়ারি বডি ও কোরইড হইতে লিম্ফ্ নিঃসৃত হইয়া, উহা মলিন ও হাইপোপিয়ন যুক্ত হয়। অপিচ, আঘাতাদি দ্বারা আইরিস ও কোরইড প্রভৃতি হইতে রক্তস্রাব হইয়া এই চেম্বারে অবস্থান করে, ইহাকেই "হাইপিমিয়া" (Hypæmia) শব্দে ব্যক্ত করা যায়। এই রক্ত স্বয়ং অথবা চক্ষুতে শীতল জল, বেলেডোনা লোশন ও য়্যাট্রোপীন প্রদান এবং প্যাড ও ব্যাণ্ডেজাদি বন্ধনে আশোষিত হইয়া যায়।

কখন কখন লৌহকণা, বন্দুকের ক্যাপ ও গ্ল্যাস ভাঙ্গা প্রভৃতি পদার্থ কর্ণিয়া ভেদ করিয়া এই চেম্বারের গর্ত্তে নিহিত হইয়া পড়ে। রোগীকে ক্লোরোফর্ম্ম দ্বারা অচেতন ও কর্ণিয়া বিভেদন করিয়া, ক্যানুলা ফর্সেপ্স্ দ্বারা এই সকল পদার্থ বহিষ্কৃত করা বিধেয়। অতঃপর আবশ্যকমতে য়্যাট্রোপীন প্রদান ও ব্যাণ্ডেজাদি বন্ধন প্রভৃতি চিকিৎসা করিতে হয়।

ফাইলেরিয়া এবং সিষ্টিসার্কাই কখন কখন এই চেম্বারে অবস্থান করিতে দেখা যায়। উহাদিগকে বহির্গত না করিলে, তজ্জনিত প্রদাহের শান্তি হয় না।

ষষ্ঠ অধ্যায়।

ল্যাক্রিম্যাল য়্যাপারেটসের রোগ।

এনাটমী ও ফিজিওলজী।—ল্যাক্রিমাল গ্ল্যাণ্ড এবং তাহার ডক্ট সকল, পংটা, ক্যানালিকিউলি, ল্যাক্রিমাল স্যাক্ এবং নেজাল ডক্ট লইয়াই ল্যাক্রিমাল যন্ত্র। এতন্মধ্যে গ্ল্যাণ্ড ও তাহার ডক্ট সকল হইতে অশ্রু নির্গত হয় এবং অপরাপর অঙ্গ দিয়া সেই অশ্রু প্রবাহিত হয়।

রগে অক্ষিকোটরের ঊর্দ্ধ ও বহির্দ্দেশে ও তাহার সম্মুখ প্রান্তের কিঞ্চিৎ পশ্চাদ্দিকে ল্যাক্রিমাল গ্ল্যাণ্ডের অবস্থান। উহার আকৃতি একটী মাঠ বাদাম ফলের ন্যায়, এবং তদ্রূপ ক্ষুদ্র ও বৃহৎ দুই অংশে বিভক্ত। ঊর্দ্ধ পুটের পশ্চাদ্দেশে উহা গাঢলগ্ন, এবং চক্ষুর দিকে কঞ্জংটাইভা দ্বারা আবৃত। এই গ্ল্যাণ্ড হইতে ব্যক্তিভেদে ৭ হইতে ১৪টী ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ডক্ট কঞ্জংটাইভার নিম্ন দিয়া বাহিত হইয়া সেই কঞ্জংটাইভার ঊর্দ্ধ ও বহির্দ্দেশে পৃথক্ পৃথক্ মুখে উন্মুক্ত আছে।

লালা-নিঃসারক গ্ল্যাণ্ডের ন্যায় ল্যাক্রিমাল গ্ল্যাণ্ড হইতে অশ্রুজল নিঃসৃত হয়। এই গ্ল্যাণ্ডের স্নায়ু-বিভাগ অত্যন্ত জটিল। কঞ্জংটাইভা, নাসিকার শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী, জিহ্বা, অপ্টিক নার্ভ প্রভৃতি স্থান উত্তেজক ঔষধাদি দ্বারা উদ্রিক্ত হইলে, অশ্রু সহজেই প্রবাহিত হইয়া পড়ে। মনোবিকারাদি দ্বারাও এইরূপে অশ্রু প্রবাহিত হয়।

নাসিকাদিকস্থ কোণে, চক্ষুর উভয় পাতার কিনারায় এক একটী করিয়া দুইটী কেনালিকিউলি আছে। প্রারম্ভ স্থলে, উহাদের প্রত্যেকে এক একটী মুখ অর্থাৎ ছিদ্র আছে। এই ছিদ্র দুইটীর নাম পংটা। সামান্য দৃষ্টিতেই চক্ষুর নাসিকাদিকের কোণে উভয় পাতার প্রান্তে ঐ দুইটী ছিদ্র দেখা যায়। এই পংটা হইতে নীচের পাতার কেনালিকিউলি বা খাল ক্রমে ঊর্দ্ধ পরে অধঃ

এবং তৎপরে বরাবর ভিতরের দিকে যাইয়া ল্যাক্রিমাল স্যাকের সহিত মিলিবার অব্যবহিত পূর্ব্বেই উপরের পাতার কেনালিকিউলির সহিত মিলিয়াছে। পংটমের নিকটে এই খাল সঙ্কীর্ণ, প্রায় ½ মি মি। তৎপরে হঠাৎ বিস্তৃত, প্রায় ১ মি মি এবং তৎপরে অবশিষ্ট ⅘ অংশে উহা প্রায় ½ মি. মি। এই খালের আবরণ অত্যন্ত পাতলা এবং তাহা ইপিথিলিয়মের দ্বারা বেষ্টিত। পুটীয় অর্বিকিউলেরিস পেশী হইতে পৈশিক সূত্র আসিয়া প্রত্যেক কেনালিকিউলিকে বেষ্টন করিয়া আছে।

ল্যাক্রিমাল কেনাল দিয়া অশ্রু নাসিকার অভ্যন্তরে ও নাসিকার উর্দ্ধভাগে যে স্থানে প্রথম প্রবেশ করে, সেই বিস্তৃত পথের নাম ল্যাক্রিমাল স্যাক। ল্যাক্রিমাল এবং সুপেরিয়ার ম্যাক্জিলিয়ারি অস্থিদ্বয়ের মধ্যবর্ত্তী গভীর গর্ত্তে উহার অবস্থান। উহার উর্দ্ধ প্রান্ত অবরুদ্ধ থাকিয়া ঘুরিয়া আসিয়াছে, নিম্ন অংশ ক্রমে নেজাল ডক্টে পরিণত। উহার সম্মুখে টেণ্ডো-প্যাল্পিব্রেরম পেশী এবং অর্বিকিউলেরিজের কতক সূত্র এবং পশ্চাতে টেন্সর টার্সাই পেশী। উহা সৌত্রিক এবং স্থিতিস্থাপক টিসু দ্বারা নির্ম্মিত এবং অস্থিতে দৃঢ়রূপে সংলগ্ন। স্যাকের অন্তর্দেশও ইপিথিলিয়মের দ্বারা আবৃত।

ল্যাক্রিমাল স্যাক হইতে নাসারন্ধ্রের ইনফেরিয়ার মিয়েটাস পর্য্যন্ত নেজাল ডক্ট।

ল্যাক্রিমাল গ্ল্যাণ্ড হইতে অশ্রু ডক্ট সকল দিয়া কঞ্জংটাইভার ভাঁজে আসিয়া পড়ে। পুনঃপুনঃ পলক পড়া প্রযুক্ত এই অশ্রুজল দ্বারা চক্ষুর সম্মুখভাগ অহরহঃ বিধৌত হয়, এবং তাহাতেই চক্ষুকে সরস ও মসৃণ রাখে। এই পুনঃপুনঃ পুটমুদ্রণে পুটীয় অর্বিকিউলেরিজ পেশী এবং ল্যাক্রিমাল স্যাকের আবরক সূত্র সকল সঙ্কুচিত হইয়া পুটীয় ছিদ্র দুইটীকে অবরুদ্ধ করিয়া অশ্রু ক্রমে পংটা, কেনালিকিউলি, স্যাক এবং নেজাল ডক্ট দিয়া নাসারন্ধ্রের ইনফেরিয়ার মিয়েটাসে উপনীত হয়। এই স্থানে আসিয়া, উহা সতত নিশ্বাসপ্রশ্বাস দ্বারা বাষ্পাকারে তিরোহিত হইয়া যায়।

অশ্রুপথাবরোধ।

OBSTRUCTIONS OF THE LACHRYMAL PASSAGES.

নীচের পাতার পংটম স্থানান্তরিত হইলে, চক্ষু হইতে সর্ব্বদা জল পড়িতে থাকে।

ইপিফোরা।—ল্যাক্রিমাল্ গ্ল্যাণ্ড হইতে অতিরিক্ত অশ্রু বিগলনের নাম ইপিফোরা (Epiphora)। কিন্তু কোন প্রকার বাধায়, স্বাভাবিক অশ্রু-প্রবাহের গতিরোধ হইয়া, চক্ষু সজল হইলে, তাহাকে ষ্টিলিসিডিয়ম ল্যাক্রিমেরম্ (Stillicidium Lacrimarum) কহে। প্রথমোক্ত স্থল, ল্যাক্রিমাল্ স্নায়ু দ্বারা আনীত, কর্ণিয়া ও কনজংটাইভার প্রদাহ ও উত্তেজনা জনিত এবং শোকদুঃখাদি চিত্তবিকার সম্ভূত। উহাতে সমস্ত অশ্রু ক্যানালিকিউলি দিয়া বাহিত হইতে না পারায়, গণ্ডদেশে দর দর ধারায় বিগলিত হয়। যাহাহউক, এই অবস্থায় ল্যাক্রিমাল যন্ত্রের কোন অবয়বই কোন প্রকারে দূষিত থাকে না। এদিকে, দ্বিতীয়োক্ত স্থলে, অশ্রু নাসিকা-দিকস্থ অপাঙ্গ দেশে অশ্রুহ্রদে (Lacus Lacrimalis) সংযত হইয়া থাকে; রোগী সর্ব্বদা তাহা মুছিয়া না ফেলিলে, অধঃপুটপ্রান্তে বিন্দু বিন্দু বিগলিত হওয়ায়, তৎস্থান আরক্তিম ও স্ফীত হওত হাজিয়া যায়। সুতরাং এবম্বিধ অবস্থায় অতিরিক্ত অশ্রুবৃদ্ধি হয়, এবং পংটা ও ক্যানালিকিউলি কিঞ্চিৎ স্থানান্তরিত হইয়া পড়ে। চক্ষুতে তাপবোধ হয়, এবং উহা চুলকাইতে ও কর কর করিতে থাকে। শৈত্য, বায়ু, রৌদ্র, ধূলি ও ধূমাদি স্পর্শে ও লিখনপঠনাদি চাক্ষুষ কার্য্যে, এই সকল লক্ষণের বৃদ্ধি হয়। যাহাহউক, ল্যাক্রিমাল যন্ত্রের অশ্রুবাহী কোন না কোন যন্ত্রের (dranage system) কোন না কোন দোষ প্রযুক্তই অশ্রুর এবম্বিধ গতিরোধ হয়। ক্যানালিকিউলি, পংটা, ল্যাক্রিমাল কেনাল, ল্যাক্রিমাল স্যাক্ অথবা নেজাল্ ডক্ট, ইহাদের মধ্যে কোন স্থান অবরুদ্ধ হইয়া, তথায় অশ্রু সঞ্চিত হওত, ক্রমে বিন্দু বিন্দু আকারে বহির্গত হয়।

পংটার স্থানান্তরতা (Displacement of the punctum)।—কখন কখন কোন প্রকার গুরুতর শারীরিক পীড়ান্তে, অথবা এক্ট্রোপিয়ন রোগে অথবা বৃদ্ধব্যক্তিদিগের অর্বিকিউলেরিজ পেশীর শিথিলতা বা হ্রাসতা প্রযুক্ত

পংটম অক্ষিগোলকের সংস্পর্শ ত্যাগ করায় অশ্রু পংটায় যাইতে না পারিয়া, অধঃপুটে সংযত হইয়া থাকে। এইরূপে পংটমের আকৃতিভেদ, স্থানান্তরতা ও অবরোধেও স্বাভাবিক অশ্রু প্রবাহের ব্যাঘাত ঘটে।

চিকিৎসা।—উপর্য্যুক্ত বাধা সকলে, বিশেষত পংটমের স্থানান্তরতায়, পংটম ও ক্যানালিকিউলি প্রভৃতি চিরিয়া দিলে, অবরুদ্ধ স্থান উন্মুক্ত হয়; এবং অশ্রু তন্মধ্যে অনায়াসেই প্রবেশ করিতে পারে। অতিসাবধানে বহুবিধ উপায়ে এই রোগে অস্ত্রসাধন করা যায়। তন্মধ্যে প্রচলিত উপায়দ্বয় নিম্নে উদ্ধৃত হইল।—

"দক্ষিণ চক্ষুর অধঃপুটের পংটম বিভেদিত করিতে হইলে, বালক ও স্নায়ুভীত ব্যক্তি ব্যতীত রোগীকে অচেতন না করিয়াই অস্ত্র কারবার ১০ মিনিট পূর্ব্বে ল্যাক্রিমাল পিচকারী দ্বারা ল্যাক্রিমাল স্যাকে শতকরা ৬ ভাগ কোকেন লোশন পিচকারী করিয়া তৎস্থানকে অসাড় করত রোগীর মস্তক চিকিৎসকের বক্ষে অথবা চেয়ারে উর্দ্ধমুখে নিধান করাইয়া, চিকিৎসক একটী তীক্ষ্ণাগ্র ও সূক্ষ্ম গ্রুভড্ ডাইরেক্টর লইয়া, রোগীর পশ্চাৎ হইতে লম্বভাবে পংটম্ মধ্যে প্রবেশিত করিবেন। পরে, তাহা ধরাতলের সমান্তরভাবে হেলাইয়া ও তাহার গ্রুভ্ উর্দ্ধ-দিকে রাখিয়া, তাহাকে ক্যানালিকিউলসের অভ্যন্তর দিয়া ল্যাক্রিম্যাল্ স্যাকের অন্তর্দ্দিকস্থ প্রান্ত পর্য্যন্ত প্রবেশিত করিতে হয়। ডাইরেক্টর সহজে প্রবিষ্ট হইবে বলিয়া, চিকিৎসক বাম হস্তের বৃদ্ধাঙ্গুলি দ্বারা অধঃপুটের চর্ম্ম কর্ণ ও গণ্ডাভিমুখে বিলক্ষণ টানিয়া ধরিবেন। ডাইরেক্টর ক্যানালিকিউলস পার হইলে, তাহা বামহস্তের



অঙ্গুষ্ঠ ও তর্জ্জনী মধ্যে ধরিয়া অনামিকা দ্বারা পুটচর্ম্ম টানিয়া ধরিবেন। এক্ষণে, রোগীকে তাহার ভ্রূদিকে দৃষ্টিপাত করিতে বলিয়া, চিকিৎসক দক্ষিণ হস্তের অঙ্গুষ্ঠ ও তর্জ্জনী দ্বারা একখানি ক্যাটারাক্ট ছুরিকা লইয়া, তাহা পংটম মধ্যে প্রবিষ্ট করত গ্রুভের অনুসারে স্যাকের অন্তর প্রাচীর পর্য্যন্ত সমস্ত ক্যানালিকিউলস চিরিয়া দিবেন। আবশ্যক হইলে, এই

হস্তের অনামিকা দ্বারা ঊর্দ্ধপুট উত্তোলন করা যায়। এই বিদারণে যাহাতে ক্যারঙ্কল বিভেদিত না হয়, এরূপ সাবধান হওয়া আবশ্যক; এবং, সামান্য যে রক্তক্ষরণ হয়, তাহা বন্দ হইলে, সমুদায় সংযত বক্ত ক্রসেপ্স্ দ্বারা পরিষ্কার করিয়া, তথায় ২।১ বিন্দু অলিভ তৈল দিতে হয়।" এক্ষণে কতিপয় দিন পর্য্যন্ত এই বিদারিত স্থানের ভিতর একটী ডাইরেক্টর অথবা ওয়েবারের সাউণ্ড পরবর্ত্তী প্রোব প্রবেশিত করিবার উপায়ের ন্যায় প্রত্যহ একবার করিয়া প্রবেশিত করিলে, পংটা, ক্যানালিকিউলি প্রভৃতি অশ্রুপথ সকল সচরাচর বিলক্ষণ উন্মুক্ত থাকে। পূর্ব্বপৃষ্ঠায় চিত্র দেখ।

অন্যবিধ।—পূর্ব্বোক্তরূপে রোগীকে রাখিয়া অস্ত্রচিকিৎসক এক হস্তের দ্বারা নীচের পাতাটীকে নীচের দিকে ও বহির্দ্দিকে বিলক্ষণ টানিয়া ধরিয়া ও বৃদ্ধাঙ্গুলি দ্বারা কিঞ্চিৎ উল্টাইয়া ধরিয়া, অপর হস্ত দ্বারা ক্যানালিকিউলস ছুরিকার স্থূলাগ্রভাগ পংটমের অভ্যন্তর দিয়া ক্যানালিকিউলসে ঊর্দ্ধাধঃভাবে প্রবেশিত করেন। ছুরিকা ক্যানালিকিউলসে বিলক্ষণ প্রবেশিত হইলে, উহার অগ্রভাগকে অন্তর্দ্দিকে এবং অল্প পশ্চাদ্দিকে অর্থাৎ ল্যাক্রিমাল স্যাকের অভিমুখে স্যাকের অন্তরস্থ প্রাচীর পর্য্যন্ত প্রবেশিত করিতে হয়। তৎপরে ছুরিকা খানিকে সাহস পূর্ব্বক ধরাতলাভাব হইতে লম্বভাবে তুলিতে হয়। ইহাতে ছুরিকার ধারাল দিক কঞ্জংটাইভার দিকে থাকে। সুতরাং কঞ্জংটাইভা ও চর্ম্ম-সন্ধিস্থান কাটা পড়ে। এইরূপে স্যাক পর্য্যন্ত সমস্ত ক্যানালিকিউলস বিদারিত হয়। অতঃপর ছুরিকা ত্যাগ করিয়া পরবর্ত্তী চিকিৎসাদি পূর্ব্ববৎ করিতে হয়।

উপরের পাতার ক্যানালিকিউলস ইহা অপেক্ষা সহজে বিদারিত হয়। কিন্তু, কখন কখন উহার পংটমের অনুসন্ধান পাওয়া দুরুহ হইয়া থাকে। এখানে ছুরিকা প্রবেশ সময়ে উপরের পাতাটীকে সটান টানিয়া রাখিতে হয়।

দন্তোৎপত্তি, উদরে ক্রিমি অথবা কর্ণিযায় কোন পদার্থ পড়িয়া ক্ষণিক অতিরিক্ত অশ্রুবিগলন হইলে, ঐ সকল কারণ অপনীত করা উচিত। কিন্তু স্থায়ী অশ্রুপতন রোগে, ল্যাক্রিমাল গ্ল্যাণ্ড কর্ত্তন করা উচিত। গ্ল্যাণ্ড নিষ্কাশন করিলে, শোকাদিতে অশ্রু নির্গত হয় না বটে, কিন্তু কনজংটাইভার গ্ল্যাণ্ড হইতে রসাদি নিঃসৃত হইয়া কনজংটাইভাকে আর্দ্র ও মসৃণ রাখিতে পারে।

ক্যানালিকিউলসের অবরোধ (Obstruction of the Canaliculus)।—পক্ষ্ম প্রভৃতি বাহ্য পদার্থ দ্বারা অথবা মিউকস মেম্ব্রেণের প্রদাহে, অথবা চুর্ণসংহতি সঞ্চয়ে অথবা ছিন্নভিন্ন আঘাতে অথবা দগ্ধ হইয়া তজ্জনিত ক্ষতসংস্কারে সচরাচর ক্যানালিকিউলস অবরুদ্ধ হইয়া পড়ে।

চিকিৎসা।—বাহ্যপদার্থ বা চূর্ণসঞ্চয় জনিত স্থলে, ফর্সেপ্স দ্বারা তাহা অপনীত করিতে হয়। অপনীত করিতে না পারিলে, ক্যানালিকিউলস বিভেদিত করিতে হয়। পংটমের অনুসন্ধান না পাইলে কনিকাল প্রোব বুলাইয়া তাহার অনুসন্ধান করিতে হয়, এবং সেই প্রোবটীকে অগ্রে ক্যানালিকিউলস পর্য্যন্ত প্রবেশিত করিয়া পশ্চাৎ পূর্ব্বোক্ত উপায়ে ছুরিকা প্রবেশিত করিতে হয়। ল্যাক্রিম্যাল স্যাকের মুখের নিকট সচরাচর গুরুতর বাধা বোধ হয়। ছুরিকা বা প্রোব স্যাকের অভিমুখে ঠেলিতে গেলে, সমস্ত নীচের পাতা যে নড়িয়া উঠে, তাহাতেই এই বাধা বুঝা যায়। অন্তর্দ্দিকে এবং অল্প পশ্চাদ্দিকে দৃঢ় চাপ দিলে, ছুরিকা বা প্রোব এই বাধা অতিক্রম করে।

ল্যাক্রিম্যাল স্যাকের প্রবল প্রদাহ। (DACRYO-CYSTITIS)

এই রোগে ল্যাক্রিম্যাল স্যাকের উপরিস্থ চর্ম্ম উজ্জ্বল, আরক্তিম ও স্ফীত হয়। অক্ষিপুট এবং মুখমণ্ডলও তৎসঙ্গে সঙ্গে স্ফীত হইয়া পড়ে ও শরীরে জ্বরবোধ হয়। পীড়িত স্থান যাতনাপ্রদ হয়, এবং সামান্য স্পর্শও অসহ্য হইয়া পড়ে। ক্রমে পূয সংঘটিত হইয়া, উক্তস্থান হঠাৎ স্বয়ং ফাটিয়া তথা হইতে পূয নির্গত হইতে থাকে। এইরূপে যাতনা ও প্রদাহাদি নিবৃত্তি পাইয়া, উক্ত স্ফোটক আরোগ্য হওত, এই রোগ স্বয়ং আরোগ্য হইতে পারে; অথবা পুনঃপ্রদাহিত হইয়া, তথায় স্যাক পর্য্যন্ত একটী নালী হয়; এবং তন্মধ্য হইতে অশ্রু প্রবাহিত হইয়া গণ্ডদেশে আইসে।

শ্লেষ্মা প্রভৃতিতে, নাসারন্ধ্র, নেজাল ডক্ট, কঞ্জংটাইভা ও ক্যানালিকিউলি প্রভৃতি প্রদাহিত হইয়া, ব্লেনোরিয়া রোগান্তে, নাসাস্থির কেরিজ প্রভৃতি রোগে, বিশেষতঃ উপদংশ ও স্ক্রফুলা ধাতুবিশিষ্ট ব্যক্তির এই রোগ জন্মে। শৈত্য ও আর্দ্রতায়ও এই রোগ জন্মিতে পারে।

চিকিৎসা।—পূয হইবার পূর্ব্বে, উগ্র কষ্টিক লোশন প্রলেপন (১ড্রাম, জল ১ঔন্স), ও শীতল জলের পট্টি দ্বারা প্রদাহ নিবারণ এবং পূযারম্ভে, অনবরত সেঁক ও পোল্টিসাদি দ্বারা,স্যাক পূযপূর্ণ হইলে, ক্যাটারাক্ট ছুরিকা দ্বারা, টেণ্ডো-প্যাল্পিব্রেরমের কিঞ্চিদধঃ গণ্ডদেশের অভিমুখে টিস্থ ভেদ করিয়া, বাহ্য চর্ম্মে ½ ইঞ্চি গভীর একটী বিদারণ করা উচিত। এই বিদারণের মধ্যে এক খণ্ড লিণ্ট দিয়া পোল্টিস প্রয়োগ করিতে হয়। ৩।৪ দিন পরে প্রদাহ নিবৃত্ত হইলে, ক্যানালিকিউলি বিভেদিত করত (২৩২ পৃষ্ঠা দেখ) স্যাকের মধ্যে ল্যাক্রিমাল সাউণ্ড প্রবেশিত করিতে হয়। ষ্ট্রিকচার থাকিলে, সপ্তাহে ২।১ বার এই সাউণ্ড প্রবেশিত করা উচিত। ৫।৭ সপ্তাহ এইরূপ করিলেও যদি তন্মধ্য হইতে জলবৎ পূয পড়িতে থাকে, তবে ল্যাক্রিমাল পিচকারি দ্বারা সপ্তাহে ১বার বোরাসিক, জিঙ্ক, এলম, লেপিস ডেভিনস এবং নাইট্রেট অব সিলভার প্রভৃতি কোন প্রকার য্যাষ্ট্রিঞ্জেট লোশনে উক্তস্থান ধৌত করা অত্যাবশ্যক। পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নভাবে অবস্থান, পুষ্টিকর খাদ্য এবং বলকর ঔষধাদিরও প্রয়োজন হইয়া থাকে।

ব্লেনোরিয়া বা স্যাকের স্থায়ীপ্রদাহ। (BLENORRHŒA)

এই রোগ ল্যাক্রিমাল স্যাকের পুরাতন বা স্থায়ী প্রদাহ। এই রোগ এত অজ্ঞাতসারে হয় যে, রোগী আনুক্ষণিক অশ্রুপতন ভিন্ন অন্য কোন প্রকার অসুবিধা বা যাতনা অনুভব করে না। ক্রমে স্যাকের অবস্থান প্রদেশ স্ফীত হইয়া উঠে ও তাহা টিপিলে, কিঞ্চিৎ ঘোলা জলবৎ পদার্থ পংটম দিয়া নির্গত হইয়া আইসে। এই স্ফীতি কঠিন, স্থিতিস্থাপক ও আরক্তিম। গ্রীষ্মকালে রোগী সুস্থ থাকিতে পারে; কিন্তু, শৈত্য ও আর্দ্রবায়ু স্পর্শে এই রোগের বৃদ্ধি ঘটে। দীর্ঘকালস্থায়ী রোগে, স্যাক্ এত প্রসারিত ও বৃহৎ হয় যে, উহা একটী ক্ষুদ্র মটরের ন্যায় টিউমারের আকৃতি ধারণ করে (Mucocele), এবং ক্যানালিকিউলি ও নেজাল ডক্ট অবরুদ্ধ থাকায় উহা টিপিলে, তন্মধ্যস্থ পদার্থ নিঃসৃত হয় না। কিন্তু, এবম্বিধ অবরোধের পূর্ব্বে, ক্যানালিকিউলাস হইতে পূযক্লেদ নিঃসৃত হওয়ায়, চক্ষু উত্তেজিত ও ক্যারঙ্কল আরক্তিম হয় এবং পুটপ্রান্ত হাজিয়া যায়। ক্লেদ ও অশ্রু দ্বারা

কর্ণিযা অনুক্ষণ আবৃত হয় বলিযা, চক্ষু ধৌত না করিলে, দৃষ্টিরও সাময়িক যৎকিঞ্চিৎ ব্যাঘাত ঘটে।

নাসিকায শ্লেষ্মার বৃদ্ধি, পেরিয়ষ্টাইটিস অথবা নাসাস্থির কেরিজ রোগ, গ্রানিউলার কনজংটিভাইটিস এবং পুটপ্রান্তের প্রদাহ, পংটার স্থানান্তরতা ও সঙ্কীর্ণতা, ক্যানালিকিউলি ও নেজাল ডক্টের সঙ্কীর্ণতা প্রভৃতি স্থলে, এই রোগ হইতে দেখা যায়। যে সকল ব্যক্তির নাসিকামূল অতিশয় চেপ্‌টা অথবা অত্যুন্নত তাঁহারাও অশ্রুযন্ত্রের পীড়া ভোগ করিয়া থাকেন। প্রবল প্রদাহ স্থায়ী হইয়াও এই রোগ জন্মে।

চিকিৎসা।—এই রোগ কৃচ্ছ সাধ্য। ক্যানালিকিউলি বিভেদিত করিয়া প্রত্যহ সাউণ্ড প্রবেশ করাই ইহার চিকিৎসা (ষ্ট্রিকচার চিকিৎসা দেখ)। অবস্থানভেদে অভিজ্ঞতানুসারে চক্ষুতে ব্যবহারোপযোগী য়্যাষ্ট্রিঞ্জেণ্ট ঔষধাদি ব্যবস্থিত হয।

অশ্রুপথের সঙ্কীর্ণতা। (STRICTURE)

আয়তন, দৃঢ়তা ও স্থানভেদে এই সঙ্কীর্ণতা বহুবিধ। সচরাচর যে স্থানে ক্যানালিকিউলি স্যাকে মিলিত, অথবা যে স্থানে স্যাক্ নেজাল ডক্টে প্রবিষ্ট অথবা ডক্টের নিম্নাংশে বা যে স্থানে ডক্ট নাসিকার সহিত মিলিত তাহার নিকটে, এই সঙ্কীর্ণতা জন্মে। কিন্তু, প্রোব প্রবেশন ব্যতীত এই সঙ্কীর্ণতা অনুমান করা দুঃসাধ্য। কোনপ্রকার বাধা না থাকিলে, স্বাভাবিক অবস্থায়, প্রোব স্যাকের অন্তর্দ্দিকস্থ অস্থিপ্রাচীরে গিয়া ঠেকে; কিন্তু সঙ্কীর্ণতা থাকিলে, বিশেষ বলপ্রয়োগ ব্যতীত উহা প্রবেশ করান যায় না; এবং সঙ্কীর্ণ স্থানে স্থিতিস্থাপক বাধা অনুভব করা যায়। যেস্থলে, ক্যানালিকিউলস স্যাকে মিলিত, সেই স্থান সঙ্কীর্ণ হইলে, প্রোবস্পর্শে টেণ্ডো-অকিউলির নিকটবর্ত্তী পুটচর্ম্ম প্রোব সঞ্চালনের সঙ্গে সঙ্গে সঞ্চালিত হইতে থাকে।

চিকিৎসা।—স্যাকের ব্লেনোরিয়া এবং অশ্রুপথ সকলের সঙ্কীর্ণতা চিকিৎসা করিতে হইলে, এক বা উভয় পংটা ও ক্যানালিকিউলি চিরিয়া (অবরোধ চিকিৎসা দেখ) নেজাল ডক্টের মধ্যে একটী প্রোব বা সাউণ্ড চালিত করিতে হয। ক্যানালিকিউলস ছুরিকা যেরূপে চালাইতে হয়, প্রোবও

তদ্রূপে চালাইতে হয়। অন্য হস্ত দ্বারা নিম্নপুট সটান টানিয়া রাখিয়া প্রোবটীকে পৃথিবীর সমান্তরভাবে ক্যানালিকিউলসের ভিতর দিয়া ল্যাক্রিমাল স্যাকের অন্তর প্রাচীর পর্য্যন্ত প্রবেশিত করিতে হয়। ল্যাক্রিমাল অস্থি দ্বারা বাধা প্রাপ্ত হইলেই এবং নীচের পাতার চর্ম্ম টানিতে না থাকিলেই প্রোবটী স্যাকে বিলক্ষণ প্রবিষ্ট হইয়াছে জানিতে হইবেক। প্রোবের অগ্রভাগ স্যাকের উক্ত অন্তর প্রাচীরে স্পৃষ্ট রাখিয়া প্রোবটীকে এক্ষণে পৃথিবীর সমান্তর-ভাব হইতে লম্বভাবে লইয়া যাইতে হয়; এবং লেজাল ডক্টে ঠেলিয়া দিতে হয় (২৩২ পৃষ্ঠায় চিত্র দেখ)। নীচের দিকে এবং অল্প পশ্চাদ্দিকে এবং বহির্দ্দিকে ডক্ট থাকে। বেশ জোর দিয়া এই অভিমুখে প্রোব ঠেলিতে হয়। নানাপ্রকার প্রোব ব্যবহৃত হয়। তন্মধ্যে কুপারের প্রোব এবং ওয়েবারের ক্রমস্থূল সাউণ্ড উত্তম। যাহাহউক, উপযুক্ত স্থূল যে সে প্রোব হইলেই চলে, এবং যথার্থ পথে চালিত হইলেই হইল। ষ্টিলিঙ্গের ছুরিকাও প্রোবের ন্যায় চালিত হয়; এবং ২।৩ দিকে উহাকে ফিরাইয়া সঙ্কীর্ণ স্থান চিরিতে হয়।

যে স্থলে, ক্যানালিকিউলি স্যাকে মিলিত, তথায় সঙ্কীর্ণতা অনুমিত হইলে, বলপূর্ব্বক প্রোব সঞ্চালন করিয়া তথাকার মেম্ব্রেণ ছিন্নভিন্ন করা, অথবা অপর একটী নূতন পথ প্রস্তুত করা উচিত নহে। সাধারণ প্রোবের পরিবর্ত্তে, প্রোবে আবৃত একখানি ছুরিকা, বিভেদিত ক্যানালিকিউলির মধ্যে প্রবিষ্ট করিয়া ও সঙ্কীর্ণ স্থানে তাহার আবরণ প্রোব খুলিয়া লইয়া, কেবল ছুরিকা দ্বারা সঙ্কীর্ণ স্থান চিরিয়া, তন্মধ্যে সাউণ্ডের সঙ্কীর্ণ অগ্রভাগ প্রবিষ্ট করত, ৫।৭ মিনিট কাল তদবস্থায় রাখিতে হয়। কিয়দ্দিবস প্রত্যহ এইরূপ করিলে, এই রোগ উপশমিত হইতে পারে। এই রোগে ষ্টাইল (Style) ও বুজি (Bougy) ব্যবহৃত হইত।

ফিশ্চ্যুলা বা নেত্রনালী।

(FISTULA OF THE LACHRYMAL SAC.)

এই রোগে ল্যাক্রিমাল স্যাক অথবা অশ্রুপথ সকল হইতে চক্ষুর নাসাপাঙ্গের কিঞ্চিৎ নিম্নে বহিশ্চর্ম্মে একটী নালি হয়; এবং অশ্রু নাসিকার অভ্যন্তরে প্রবেশ করিতে না পারায়, এই নালি দিয়াই অশ্রু মিউকস বিশিষ্ট হইয়া

বহির্গত হইয়া পড়ে। স্যাকের প্রদাহ, স্ফোটক, সঙ্কীর্ণতা ও আঘাতে, অথবা স্যাকের অস্থি-প্রাচীরে নিক্রোসিস ও কেরিজ রোগ হইয়া এই রোগ উৎপন্ন হয়। ফিশ্চুলার নিকটস্থ চর্ম্ম ও টিশু পীড়িত হয় না বটে, কিন্তু স্ফীত ও আরক্তিম হয়। কখন কখন তথায় গণ্ডদেশ পর্য্যন্ত বিস্তৃত অশ্রু ক্ষত রোগ জন্মে।

চিকিৎসা।—পূর্ব্বে এই রোগোপশমনার্থে ষ্টাইল ও বুজি ব্যবহৃত হইত। কিন্তু, এক্ষণে উহাদের ব্যবহার তত দেখা যায় না। পূর্ব্বোক্তমতে পংটম ও ক্যানালিকিউলি বিভেদিত করিয়া, একটী প্রোব অথবা সাউণ্ড, স্যাক ও নেজাল ডক্টের অভ্যন্তর দিয়া নাসারন্ধ্রে প্রবেশ করাই ইহার সুচিকিৎসা। সঙ্কীর্ণতা থাকিলে, তাহাও এই সঙ্গে সঙ্গে অগ্রে চিকিৎসা করিতে হয়। নাসিকার মিউকস মেম্ব্রেণে প্রোব স্পর্শ হইলে, রোগী তৎক্ষণাৎ তাহা অনুভব করিতে পারে। কিয়দ্দিবস এইরূপ প্রোব সঞ্চালনেও ক্লেদস্রাব আরোগ্য না হইলে, য়্যাষ্ট্রিঞ্জেণ্ট লোশনাদি দ্বারা সপ্তাহে অন্ততঃ ৩।৪ বার নালি মধ্যে পিচকারি করিতে হয়। তাহাতেও আরোগ্য না হইলে, বহিশ্চর্ম্মে নালিমুখ হইতে ল্যাক্রিমাল কেনালের মেম্ব্রেণ পর্য্যন্ত, নালি যে যে স্থান দিয়া স্যাকে প্রবিষ্ট হইয়াছে, তাহা একখানি ক্যাটারাক্ট ছুরিকা দ্বারা চিরিয়া, তন্মধ্যে একখণ্ড লিণ্ট ২৪ ঘণ্টা পর্য্যন্ত রাখিয়া দিলে ও পূর্ব্বোক্তরূপে প্রোব সঞ্চালন ও লোশনাদি দ্বারা পিচকারি করিতে থাকিলে, উক্ত বিদারণ সংযুক্ত হইয়া, এই রোগ নিশ্চয়ই আরোগ্য হইয়া যায়।

পলিপস্।—কখন কখন স্যাকে ১।২টী পলিপস হইতে দেখা যায়। উহা দেখিতে নাসিকার পলিপসের ন্যায়; এবং মিউকোসিলের লক্ষণাক্রান্ত। অস্ত্র দ্বারা পলিপস সমূলে নিষ্কাশিত করাই যুক্তিসঙ্গত। বস্ত্ত শর্করা (Calcareous Concretions) সংযত হইলে, তাহাও নিষ্কাশিত করিতে হয়।

অশ্রুনিঃসরণের অভাব।—কখন কখন ল্যাক্রিমাল গ্ল্যাণ্ড্ হইতে অশ্রু নিঃসৃত হয় না। তাহাতে, যদিও চক্ষু নীরস হয় না বটে, কিন্তু এই রোগ আরোগ্য করা দুঃসাধ্য। চক্ষু নীরস বোধ হইলে, লাইকর পোটাসি লোশন (১ ফোটা, জল ১ আউন্স) প্রত্যহ তিনবার করিয়া চক্ষুতে ফোটা ফোটা দিতে হয়।

ল্যাক্রিম্যাল গ্ল্যাণ্ডের প্রদাহ। (DACRYO-ADENITIS.)

সচরাচর ল্যাক্রিমাল গ্ল্যাণ্ডে কোন পীড়া হইতে দেখা যায় না। হইলে, উহা তদুপরি আঘাত প্রযুক্তই সচরাচর ঘটিয়া থাকে। উহা কখন কখন প্রদাহিত হইলে, তদ্দিকস্থ মস্তকপার্শ্বে অক্ষিকোটরে টনটন বেদনা, কনজংটাইভা ও উর্দ্ধ পুটের আরক্তিমতা ও স্ফীতি, কিমোসিস, অধোদিকে ও নাসিকাদিকে অক্ষিগোলকের কিঞ্চিৎ বহিঃসরণ, এবং শরীরে জ্বরবোধ প্রভৃতি লক্ষণ প্রকাশিত হয়। ক্রমে, অক্ষিকোটরের উর্দ্ধ ও বহির্দ্দিকে ফ্লকচুয়েশন (সঞ্চিত বারি-বিলোড়ন) অনুমান করা যায়; এবং কিছু দিন পরে, উর্দ্ধপুট হইতে এক বা তদধিক মুখ দিয়া পূয বহির্গত হইয়া পড়ে ও তাহাতেই প্রদাহের নিবৃত্তি হয়। অতিরিক্ত আরক্তিমতা স্ফীতি ও দবদবায়মান বেদনা দেখিয়াই স্ফোটকের অনুমান করা যায়। কখন কখন পেরিয়ষ্টিয়ম ও গ্ল্যাণ্ডের নিকটবর্ত্তী অস্থি পীড়িত হইয়া, তথায় একটী ফিশ্চ্যুলা হইতে দেখা যায় এবং কখন কখন এই প্রদাহ ক্রণিক হইয়া পড়ে।

চিকিৎসা।—প্রবল প্রদাহে, জোঁক, ও উষ্ণ ও শীতল কম্প্রেস ব্যবহার এবং পূয হইলে, সেঁক ও পোল্টিস ও অস্ত্রাঘাতে পূয নিঃসরণ এই রোগের চিকিৎসা। ডায়েফোরেটিক্ মিক্শ্চার (১৪৭ ব্য) দ্বারা জ্বরাদির চিকিৎসা, এবং বেদনা নিবারণার্থে আফিঙ্গ ও মর্ফিয়া সেবন যুক্তিসঙ্গত। স্থায়ী প্রদাহে, রগে টিং আইওডীন ও এমোনি আইওডিড মলম (১ ড্রাম, চর্ব্বি ১ ঔন্স) অথবা হাইড্রার্জ বেলেডোনা অয়েন্টমেন্ট প্রভৃতি প্রলেপন এবং পোটাসি আইয়োডীড মিকশ্চার (৭২, ১১৫ ব্য) প্রভৃতি সেবন বৈধ।

গ্ল্যাণ্ডের বৃদ্ধি। (HYPERTROPHY OF THE GLAND)

এই রোগ অনুমান করা সহজ না হইলেও কখন কখন জন্ম হইতেই বালকদিগের এই রোগ হইতে দেখা যায়। এবম্বিধ সার্কোমা ধর্ম্মাক্রান্ত টিউমারে বেদনাদি কোন প্রকার প্রাদাহিক লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে না। অল্পে অল্পে বৃদ্ধি পাইয়া এই স্থিতিস্থাপক স্ফীতি দ্বারা অক্ষিগোলকের বহিঃসরণ ও উহার সঞ্চালনের ব্যাঘাত হইতে পারে, সুতরাং কিঞ্চিৎ দ্বিদর্শনও (Diplopia) ঘটে।

আইওডাইড অব আয়রণের সহিত কড লিভার অয়েল সেবন, আইওডীড ও মার্কুরিয়াল অয়েণ্টমেণ্ট প্রলেপন, এবং গ্ল্যাণ্ড ছেদন ও পূয-নিষ্কাশন প্রভৃতি এই রোগের চিকিৎসা।

গ্ল্যাণ্ডের সিষ্ট। (DACRYOPS.)

কখন কখন গ্ল্যাণ্ডে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র টিউমারের ন্যায় সিষ্ট হইতে দেখা যায়। উপরের পাতা উল্টাইলে কঞ্জংটাইভার নীচে উহা স্বচ্ছাকারে প্রতীয়মান হয়। ক্রন্দন সময়ে, এই টিউমার হঠাৎ বৃহৎ হয়, এবং ডক্ট্ অবরুদ্ধ হইয়া উহা ঘটে। কনজংটাইভায় একটী স্থায়ী ফিশ্চুলা করিয়া তন্মধ্য দিয়া অশ্রু আসিতে দেওয়াই ইহার চিকিৎসা। কেহ কেহ এই সঙ্গে সঙ্গে উহার প্রাচীরের কিয়দংশ ছেদন করিতে বলেন; এবং কেহ কেহ সিষ্টের অভ্যন্তর দিয়া রেশমের লিগেচার বন্ধন করিয়া উহাকে ক্রমে ক্রমে কষিতে থাকেন; এবং শেষে উহা ক্ষত হইয়া বহির্গত হয়। আর কেহ কেহ ল্যাক্রিমাল গ্ল্যাণ্ড ছেদন করিয়াও থাকেন।

গ্ল্যাণ্ডের ফিশ্চুলা। (FISTULA OF THE GLAND.)

স্ফোটক ও আঘাতে গ্ল্যাণ্ডে ফিশ্চুলা জন্মে। ইহাতে অক্ষিপুটের ঊর্দ্ধ ও বহির্দ্দিকের চর্ম্মে একটী সঙ্কীর্ণ ছিদ্র থাকে। মধ্যে মধ্যে তন্মধ্য দিয়া অশ্রু নির্গত হইয়া আইসে। বাহ্য চর্ম্মে ফিশ্চুলা চিরিয়া, তন্মধ্যে ২।৪ দিবস অন্তর বাতি কষ্টিক প্রদান অথবা অত্যুষ্ণ তার প্রবেশন এবং কনজংটাইভার দিকে ইতঃপূর্ব্বে সিটন প্রবেশিত করিয়া নূতন ফিশ্চুলা করিয়া তন্মধ্য দিয়া অশ্রু নির্গত হইতে দেওয়া, ইহার চিকিৎসা। ইহাতে আরোগ্য না হইলে, গ্ল্যাণ্ড নিষ্কাশন করিতে হয়।

ক্যান্সার ও টিউমার। (CANCER AND TUMOUR.)

গ্ল্যাণ্ডে অতি কদাচিৎ ক্যান্সার এবং মধ্যে মধ্যে সার্কোমেটস টিউমার হইতে দেখা যায়। গ্ল্যাণ্ড নিষ্কাশন করাই ইহার চিকিৎসা।

গ্ল্যাণ্ড নিষ্কাশন।—রোগীকে অচৈতন্য ও টেবিলে শায়িত করিয়া সাহায্যকারী রোগীর বামে এবং অস্ত্রচিকিৎসক রোগীর দক্ষিণে দণ্ডায়মান থাকিয়া, উপরের পাতাকে নীচের দিকে এরূপে টানিবেন যে, তাহাতে ভ্রূর নিম্ন প্রান্ত অক্ষিকোটরের প্রান্তের সমান্তর হয়। এক্ষণে ভ্রূর সমান্তর ও ভ্রূর নিম্নাংশের নিকটে অক্ষিকোটরের উর্দ্ধ প্রান্তের মধ্য স্থান হইতে কর্ণদিকস্থ অপাঙ্গ দেশ পর্য্যন্ত প্রায় ই ইঞ্চি পরিমিত একটী বিদারণ করিতে হয়; এবং তাহাতে পেরিয়ষ্টিয়ম পর্য্যন্ত সমস্ত স্থান বিভেদিত করিতে হয়। এক্ষণে প্যাল্পিব্রাল লিগামেণ্টের সৌত্রিক টিস্থ একখানি স্ক্যাল্পেল বা কাঁচি দ্বারা সাবধানে অক্ষিকোটরের প্রান্ত পর্য্যন্ত বিদারিত করিলে, গ্ল্যাণ্ড দেখিতে পাওয়া যায়। এই গ্ল্যাণ্ডকে ফর্সেপ্স দ্বারা ধরিয়া কাঁচি দ্বারা নিষ্কাশিত করিয়া লইতে হয়। লিভেটর প্যাল্পিব্রি পেশীকে আহত না করিয়া সাবধানে অগ্রে অক্ষিকোটরের সংযোগ কাটিয়া দিতে হয়। এক্ষণে রেশম বা সুচারে বিদারণ আবদ্ধ করিয়া শুষ্ক লিণ্টের কম্প্রেস বাঁধিতে হয়। অতঃপর পচন-নিবারক চিকিৎসাদি করিতে হয়।

যাহাহউক, এবম্বিধ অস্ত্রাদি করা সচরাচর বৈধ হয় না। উহাতে এক রোগ উপশম করিতে যাইয়া অন্য রোগের সৃষ্টি করিয়া দিতে হয়। কারণ, গ্ল্যাণ্ড নিষ্কাশনের পরে সচরাচর চক্ষুর প্রদাহ এবং উপরের পাতার টোসিস প্রভৃতি রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে।

সপ্তম অধ্যায়।

অক্ষিপুটের রোগ।

এনাটমী ও ফিজিওলজি।—অক্ষিগোলক অক্ষিপুট দ্বারা আবৃত থাকায় চক্ষুতে ধূলি, কীট প্রভৃতি পদার্থ সহসা পড়িতে পারে না, সহসা কোন আঘাত লাগিতে পারে না এবং অতিরিক্ত আলোক প্রবেশ করিয়াও চক্ষুকে ক্লেশ প্রদান করে না। উহা দ্বারাই চক্ষুর বাহ্য অংশ সরস ও মসৃণ থাকে। অক্ষিগোলকের সহিত অক্ষিপুটের সঞ্চালনের একরূপ সম্বন্ধ যে, চক্ষু ঊর্দ্ধদিকে ফিরাইলে, পাতার উন্মিলন বিস্তৃত হইয়া পড়ে। আর নীচের দিকে তাকাইলে, উপরের পাতা নামিয়া পড়ে এবং পাতার উন্মিলন অল্প হইয়া থাকে। কিন্তু, সোজাসুজি তাকাইয়া থাকিলে, ঊর্দ্ধভাগ ব্যতীত কর্ণিয়ার সমস্ত অংশ দৃষ্টিগোচর হইতে পারে। অক্ষিপুট অক্ষিগোলকের সহিত সঞ্চালিত হওয়ায় ঊর্দ্ধ ও নিম্নদিকে তাকাইলেও প্রায় তদ্রূপ দেখায়। তৃতীয় স্নায়ু দ্বারা পরিপোষিত সুপেরিয়ার লিভেটর প্যাল্‌পিব্রি পেশী দ্বারা অক্ষিপুট উন্মিলিত হয়। আবার ঐ পেশী শিথিল হইয়া এবং মৌখিক স্নায়ু দ্বারা পরিপোষিত স্ফিনক্টার অর্বিকিউলেরিজ পেশী সঙ্কুচিত হইয়া উহা নিমীলিত হইয়া থাকে। সুপেরিয়ার লিভেটর প্যাল্পিব্রি সঙ্কুচিত হইয়া ঊর্দ্ধপুটের ঊর্দ্ধদিকে গতি হয়; এবং বোধ হয়, এই কার্য্যে সুপেরিয়ার রেক্টস এবং ইনফেরিয়ার ওবলিকিও সাহায্য করিয়া থাকে। অপাঙ্গদেশে উভয় পুটের সংযোগ থাকায়, ঊর্দ্ধপুটের গতির সহিত নিম্নপুটেরও ঊর্দ্ধগতি হইয়া থাকে। লিভেটর প্যাল্পিব্রি শিথিল হইয়া, এবং বোধ হয়, ইনফেরিয়র রেক্টস সঙ্কুচিত হইয়া নিম্নপুট নামিয়া পড়ে। উভয় পুটের সংযোগ থাকায়, ঊর্দ্ধপুটও তৎসঙ্গে বোধ হয় নামিয়া পড়ে। মুলারের পেশীর কার্য্য স্বেচ্ছাধীন নহে। অনিচ্ছাধীনে প্রত্যেক পলক পতনে উহা দ্বারা পুটদ্বয় উন্মিলিত হইয়া থাকে।

বাহ্য চর্ম্ম, কনেক্টিভ টিস্যু, স্ফিনক্টার অর্বিকিউলেরিজ, রাওলেনসের সিলিয়ারি পেশী, মোলের গ্ল্যাণ্ড সকল, লিভেটার প্যাল্পিব্রি পেশীর টেণ্ডনের বিস্তৃতাংশের সহিত একটী শিথিল সেলুল্যার স্থান, মিবোমিয়ান গ্ল্যাণ্ড সকল এবং ক্রসের গ্ল্যাণ্ড সকলের সহিত টার্সস, মুলারের পেশী এবং কঞ্জংটাইভা বাহ্য হইতে অভ্যন্তর দিকে প্রত্যেক পাতায় এই সকল অবয়ব আছে।

পাতার চর্ম্ম ও মুখমণ্ডলের চর্ম্ম একই। তবে উহা অতিশয় নরম। উহা পাতার কিনারায় কঞ্জংটাইভার সহিত মিলিত এবং নিম্নবর্ত্তী কনেক্টিভ টিস্যুর উপর অনায়াসেই সরিয়া সরিয়া যাইতে পারে। পক্ষ্ম সকল অল্প বক্র এবং ২।৩টী বীথিকায় পাতার সম্মুখবর্ত্তী প্রান্তে চর্ম্মোপরি সংস্থিত। পক্ষ্ম-মূলের প্রত্যেক পার্শ্বেই বসা গ্ল্যাণ্ড সকল এক একটী মুখে উন্মুক্ত। পক্ষ্ম সকলের মধ্যবর্ত্তী স্থানে এবং পশ্চাতে মোলের গ্ল্যাণ্ড সকলের ডক্ট সকল দেখা যায়। উহারা স্বেদস্রাবী গ্ল্যাণ্ড সকলের রূপান্তর মাত্র এবং পক্ষ্ম-মূল অপেক্ষা গভীর।

অক্ষিপুটের বাহ্য চর্ম্মে কতকগুলি স্বেদনিঃসারক গ্ল্যাণ্ড এবং অতি সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম রোম আছে। এই বাহ্য চর্ম্মের নীচেই অত্যল্প কনেক্টিভ টিস্যুর সহিত বসাহীন অর্বিকিউলেরিজ পেশী। তন্নিম্নেই ঘন সূত্রময় টিস্যু, যাহাকে সচরাচর টার্সাল কার্টিলেজ কহে। এই কার্টিলেজ প্রযুক্তই অক্ষি-পুটের আকৃতি এবং দৃঢ়তা রক্ষিত হয়। এই কার্টিলেজেই পুটীয় লিভেটার পেশী সংলগ্ন। টার্সাল কার্টিলেজের ভিতরের দিকে গর্ত্ত গর্ত্ত স্থানে প্রায় ২৫টী মিবোমিয়াম গ্ল্যাণ্ড আছে। উহারা উর্দ্ধাধঃ আসিয়া পক্ষ্ম-বীথিকার ঠিক পশ্চাতেই পুটপ্রান্তে ভিন্ন ভিন্ন মুখে খুলিয়া পড়ে। এই গ্ল্যাণ্ড হইতে রস নিঃসৃত হওয়ায় পুটপ্রান্ত মসৃণ থাকে। প্রত্যেক পাতার প্রান্তেই দৃঢ় পক্ষ্মবীথিকা আছে; এবং ঐ সকল পক্ষ্মের স্থানে বসার গ্ল্যাণ্ড আছে (Glands of Moll)। পাতার ভিতরের দিক কঞ্জংটাইভা দ্বারা আবৃত। এই কঞ্জংটাইভা অতি নরম এবং রক্তশিরা-সমাবিষ্ট শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী মাত্র; এবং তাহাতে কতিপয় গ্ল্যাণ্ড (Glands of Henle) আছে। এই কঞ্জংটাইভা অক্ষিপুটের ভিতরের দিক সর্ব্বতোভাবে আবৃত করিয়া প্রত্যাবর্ত্তন করত অক্ষিগোলকে আসিয়াছে। এই প্রত্যাবর্ত্তন প্রযুক্ত পাতার ও অক্ষিগোলকের

সম্মিলন স্থানে, যে ভাঁজ পড়ে, তাহাকে, কল-ডি-স্যাক (Cul-de-sac) অথবা রেট্রো-টার্সাল ফোল্ড কহে। উপরের পাতার নীচের ভাঁজ গভীর; নীচের পাতার ভাঁজ তত গভীর ও যাতবৎ নহে।

পুটস্ফীতি (Œdema)।—কঞ্জংটাইভা, কর্ণিয়া অথবা আইরিস প্রবল প্রদাহিত হইলে, সচরাচর অক্ষিপুট যেরূপ স্ফীত হইযা থাকে, তাহা তত্তৎ প্রকরণে বর্ণিত হইযাছে। সুতরাং তত্তৎ স্থলের চিকিৎসাদিও এস্থলে উল্লিখিত হইল না। গণ্ডদেশের স্ফোটক ও প্রদাহ রোগে, পাতায় আঞ্জনি, ল্যাক্রিম্যাল স্যাকে স্ফোটক, ইরিসিপিলাস, অক্ষিকোটর প্রান্তের পেরিঅষ্টাইটিস রোগ, অথবা কোন প্রকার আঘাতেও অক্ষিপুট স্ফীত হইয়া থাকে। যাহা-হউক, উদরী রোগে, হৃৎপিণ্ডের পীড়া প্রযুক্ত, অথবা প্রস্রাবে য়্যাল্‌বুমেন্‌ হয় এরূপ কিডনির রোগেও কখন কখন অক্ষিপুট স্ফীত হইয়া থাকে। এই শেষোক্ত স্থলে অর্থাৎ দীর্ঘস্থাযী নেফ্রাইটিস রোগে রোগী শয্যা হইতে উঠিয়াই রাত্রিকালে যে দিক ভর করিয়া শয়ন করিযাছিলেন, সেই চক্ষুর পাতার স্ফীতি অনুভব করেন। এবম্বিধ স্থলে, প্রাতঃকাল অপেক্ষা বেলা বৃদ্ধির সঙ্গে সঙ্গে, স্ফীতির হ্রাস হইতে থাকে। যাহাহউক এই সমস্ত ঘটনা এস্থলে বর্ণনীয় নহে। বর্ণনীয় ইডিমা রোগে, স্ফীত অক্ষিপুটের উপরিভাগ মসৃণ, পাণ্ডাসবর্ণ, কোমল, অর্দ্ধস্বচ্ছ ও অল্পোজ্জ্বল হয; এবং অঙ্গুলিচাপে তৎস্থান টোল খাইয়া যায়। রাত্রিকালে অনাবৃত স্থানে শয়ন করিয়া, মুখমণ্ডলে অনুক্ষণ শীতল নৈশবায়ু স্পর্শ করিলে, অথবা কোন পতঙ্গের দশনদংশনে দরিদ্র ও দুর্ব্বল ব্যক্তিদিগের অক্ষিপুট স্ফীত হইযা এই রোগ ঘটে। দশনাঙ্কিত স্থানের চতুর্দ্দিকস্থ স্ফীত স্থান সমধিক যন্ত্রণাপ্রদ ও অতিশয় প্রদাহিত হয় ও তাহা কেবল একটী চক্ষুতে ঘটে। কিন্তু, শীতল বায়ুস্পর্শে, উভয় চক্ষুই আক্রান্ত হয ও পুটপ্রদাহ অথবা আরক্তিমতা কিছুই থাকে না; এবং যন্ত্রণাও অত্যল্প মাত্র হয়। প্যানফথ্যাল্মাইটিস, অর্বিটাল সেলুলাইটিস, ক্যাভার্নস সাইনসের থ্রম্বোসিস রোগ এবং অক্ষিকোটরে টিউমার হইলেও অক্ষিপুট স্ফীত হইয়া থাকে। কিন্তু, এরূপ ঘটনা অতি গুরুতর এবং চক্ষুর্নাশক।

চিকিৎসা।—রোগোৎপাদক শারীরিক অন্যান্য রোগ আরাম হইলে, এই রোগও আরোগ্য হয়। দুর্ব্বল ব্যক্তিদিগের পক্ষে, স্বতঃ উৎপন্ন স্থলে,

বলকর ঔষধ ও খাদ্যাদির প্রয়োজন হয়। কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ, বিশেষত ক্যামোমাইল পুষ্প, অথবা কর্পূরপূর্ণ উত্তপ্ত কম্প্রেস দ্বারা চক্ষু আবদ্ধ রাখিলে, বিশেষ উপকার দর্শে। য়্যাসিটেট অব লেড্ লোশন (৭, ৮ ব্য) দ্বারা অক্ষিপুট সিক্ত অথবা অবগাহিত রাখিলে, সত্বর উপকার পাওয়া যায়। আর্ণিকা লোশনও (২৮ ব্য) প্রযুক্ত হইতে পারে। সোঁয়াপোকা, বোল্‌তা, মশক, অথবা মক্ষিকাদি কীটের দংশনে প্রদাহিত ও স্ফীত হইলে, উহাদের হুল তুলিয়া লইয়া, তথায় শীতল জল, অথবা কোন প্রকার ইভাপোরেটিং লোশন (৩০, ৩১ ব্য) প্রদান করা উচিত। যাহাহউক, বোরাসিক এসিড লোশন দ্বারা (২৪ ব্য) সেঁক দিলে, সাধারণত এই প্রকার স্ফীতি আরাম হয়; অন্য কোন চিকিৎসার প্রয়োজন হয় না।

বায়ুস্ফীতি (Emphysema)।—এই রোগে অক্ষিপুট কঠিন ও স্ফীত হয়; পুটচর্ম্মের বর্ণব্যত্যয় হয় না বটে, কিন্তু অঙ্গুলিচাপে স্থিতিস্থাপক বলিয়া বোধ হয় ও তন্মধ্যে বায়ুর বিদ্যমানতা বোধক শব্দ অনুভব হয়। ষ্টিমুলেণ্ট লোশন ও কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ এরূপ স্থলের উৎকৃষ্ট ঔষধ।

ইরিথিমা ও হাইপারীমিয়া।—ইহাতে অক্ষিপুট স্ফীত হয় না বটে, কিন্তু উহার চর্ম্ম উজ্জ্বল ও আরক্তিম হয়; এবং কিঞ্চিৎ চাপ দিলে, এই আরক্তিমতা কিয়ৎক্ষণের নিমিত্ত তিরোহিত হয়। পুটীয় কনজংটাইভাও কিঞ্চিৎ আরক্তিম হয়; এবং চক্ষুতে কিঞ্চিৎ গরম বোধ হয়। দীর্ঘকাল তীক্ষ্ণোত্তাপ স্পর্শে এইরূপ অবস্থা ঘটে। শীতল জল অথবা গুলার্ড‍্স্ লোশনে (৭ ব্য) সিক্ত কম্প্রেস বন্ধনই ইহার উত্তম চিকিৎসা। পুটচর্ম্মে কষ্টিক লোশন প্রলেপন, এবং চক্ষুতে য়্যালম ও জিঙ্ক লোশনের ব্যবস্থাও (১৫ ব্য) প্রদত্ত হইয়া থাকে।

অতি সুন্দরবর্ণ দুর্ব্বল ব্যক্তিদিগের অধঃপুটে কখন কখন যে অর্দ্ধচন্দ্রাকার নীলবর্ণ দাগ দেখা যায়, তাহাতে ট্যানিন্ লোশন (২৫ ব্য) সতত প্রলেপন ব্যবস্থাযুক্ত।

পুট-প্রদাহ। (INFLAMMATION.)

স্ফোটক।—অক্ষিপুট প্রদাহিত অথবা উহাতে স্ফোটক হইলে (Phlegmon) স্ফীতি, উত্তাপ এবং অতিরিক্ত আরক্তিমতা এবং ধক্ ধক্ বেদনা ইত্যাদি অনুভূত হইয়া থাকে। উর্দ্ধপুটেই সচরাচর এই রোগ হয়। নাসিকাদিকে অপাঙ্গদেশে হইলে, এই রোগকে য়্যাঙ্কাইলপ্‌স্ (Anchylops) এবং তত্রত্য পুটসন্ধি ফাটিয়া যাইলে, তাহাকে ওজিলপ্‌স্ (œgilops) কহে। এই রোগ হইলে, রোগী স্বল্প জ্বরজ লক্ষণ এবং অন্যান্য অসুস্থতা অনুভব করে।

চিকিৎসা।—পীড়ার প্রথমাবস্থায় শীতল জলের পটি, উগ্র কষ্টিক (৬২ ব্য) প্রলেপন, ও জোঁক প্রভৃতি প্রয়োগ করিয়া, প্রদাহ নিবারণ করিবার চেষ্টা করা উচিত। কিন্তু পুয হইলে, মুহুর্মুহু সেঁক ও পোল্টিস দিয়া উপযুক্ত সময়ে ও উপযুক্ত স্থানে, পুটপ্রান্তের সমান্তরভাবে চিরিয়া, পুয় নির্গত হইতে দেওয়া উচিত। যাহাহউক, এরূপ স্থলে যাহাতে অক্ষিপুটে এক্ট্রোপিয়ন রোগ জন্মিতে না পারে, অতঃপর তাহা অনুভব করিয়া চিকিৎসাদি করা উচিত।

ইরিসিপিলাস (Erysipelas)।—এই প্রদাহে অক্ষিপুট কঠিন-স্ফীত ও মলিন রক্তবর্ণ না হইয়া, অপেক্ষাকৃত কোমলস্ফীত ও স্বল্প গোলাপীবর্ণ হইয়া থাকে। সচরাচর তদুপরি কতিপয় ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ভেসিকেল ফোস্কার আকারে উদিত হয়। এই সকল ফোস্কা গলিয়া যাইলে, তন্মধ্য হইতে পুয়াক্ত রস নির্গত হইয়া যায়। এই রোগে ভ্রূদেশ হইতে গণ্ডদেশ পর্য্যন্ত স্থান অত্যন্ত স্ফীত হয়। কনজংটাইভাও সময়ে সময়ে কিমোসিস যুক্ত ও প্রদাহিত হয়। স্বল্প জ্বরাদি শারীরিক অসুস্থতায় জিহ্বা লেপযুক্ত ও শারীরিক দুর্ব্বলতা প্রভৃতি লক্ষণ উপস্থিত হয়। সেলুলার টিস্থ পীড়িত না হইলে, সচরাচর বেদনার আতিশয্য থাকে না। কিন্তু, পুয় হইলে এই সকল লক্ষণের আধিক্য হয়; এবং স্ফোটকের মুখ হইয়া স্বয়ং পুয় নির্গত হয়। এইরূপে পীড়ার বৃদ্ধিতে কনেক্টিভ টিস্থ গলিত, এমত কি, সেলুলার টিস্থও বিগলিত ও তথায় স্ফোটক হইযা, অক্ষিকোটর, অক্ষিগোলক অথবা অপ্টিক নার্ভ বা মস্তিষ্কেরও অনিবার্য্য বিপদ আনয়ন করে। কোন প্রকার আঘাতে, ল্যাক্রিমাল স্যাকে পুয-

সংঘটনে, অথবা শৈত্য ও আর্দ্রতা স্পর্শে, বিশেষত দুর্ব্বল ব্যক্তিদিগেরই এই রোগ জন্মিয়া থাকে। সেলুলার টিসু গলিত হইলে এক্ট্রোপিয়ন রোগও ঘটে।

চিকিৎসা।—কোষ্ঠপরিষ্কারক ও স্বল্প মাত্রায় বমনকারক ঔষধ এবং টিং ষ্টীল, কুইনাইন, ব্রাণ্ডি, পোর্ট ও সৎপথ্য, চিকিৎসার প্রথম স্থানীয়। পীড়ার প্রথম হইতেই, প্রদাহিত স্থান অতিক্রম করিয়াও, সমুদায় প্রদাহিত স্থানে, অত্যুগ্র কষ্টিক লোশন্ (১ ড্রাম, জল ১ঔন্স), অথবা কলোডিয়ন প্রলেপন বিধিসঙ্গত। শীতল জলের কম্প্রেস ও টেঁড়ি অথবা লডেনমের সেঁক প্রয়োজন হইতে পারে। পূয় হইলে, চিরিয়া তাহা নির্গত করা এবং পোল্টিস ও পচন-নিবারক গজ ও ভ্যাসানীল-আইডোফর্ম্ম প্রয়োগ করা শ্রেয়ঃ। যাহাহউক, অন্যান্য উপসর্গ উপস্থিত হইলে, তত্তৎ প্রতিবিধানে সচেষ্ট থাকা সর্ব্বথা পরামর্শসিদ্ধ।

ইরিসিপিলাস রোগে (যেখানে এবং যেরূপে উৎপন্ন হউক না) পীড়িত স্থানে হোয়াইট লেড বিলক্ষণ মাখাইয়া দিলে, এবং ক্ষত থাকিলে, তদুপরি বরো-গ্লীসারীণ (৩৮ ব্য) তুলা দ্বারা লাগাইয়া দিলে, শীঘ্র আরাম হইয়া যায়।

কখন কখন দুর্ব্বল প্রৌঢ় ব্যক্তিদিগের অক্ষিপুটে কার্ব্বঙ্কল হইতে দেখা যায়। রোগের প্রথম হইতেই আড়াআড়ি চিরিয়া পোল্টিসাদি প্রয়োগ, এরূপ স্থলে সৎব্যবস্থা। বিনা অস্ত্রেও কার্ব্বঙ্কলের চিকিৎসা হয় (১০৫, ১০৬ ব্য দেখ)।

উপদংশজাত ক্ষত। (SYPHILITIC ULCERS)

এই ক্ষত পুটপ্রান্তে আরব্ধ হইয়া ক্রমে বাহ্য চর্ম্মাভিমুখে বিস্তৃত হয়। ইহাতে অক্ষিপুট স্ফীত, আরক্তিম এবং ক্ষতস্থানের তলদেশ কঠিন বলিয়া বোধ হয়। ক্রমে, কন্জংটাইভাকে আক্রমণ করিয়া, তথা হইতে মিউকস বিশিষ্ট পূয়স্রাব ঘটায়। এই রোগে, সমুদায় অক্ষিপুট, এমত কি, কর্ণিয়াও বিনষ্ট হইতে পারে। ক্ষত স্থানের চতুঃপ্রান্ত পুরু ও তথা হইতে ক্রমাগত রক্তরস নিঃসৃত হয়। এই ক্ষত, অপর অক্ষিপুট, ল্যাক্রিম্যাল স্যাক্ এবং নাসিকা পর্য্যন্তও বিস্তৃত হইতে পারে। বাস্তবিক, এই রোগের সহিত লিউপস্ (Lupus) এবং ইবিথিলিওমা প্রভৃতি ইপিথিলিয়াল ক্ষত রোগের

ভ্রম হইবার সম্ভাবনা আছে। কিন্তু, তত্তদ্রোগে প্রারম্ভ স্থানে ক্ষত-সংস্কার, এবং তদ্বিপরীত দিকে ক্ষত-বিস্তার, এই উভয়বিধ ঘটনা দেখা যায় না। যাহাহউক, এই রোগে হণ্টেরিয়ান উপদংশ রোগের সমস্ত আকার বর্ত্তমান থাকে। গৌণ ও পৈত্রিক উপদংশ রোগই এই রোগের কারণ। আদিম উপদংশ কারণে এই রোগ প্রায়ই ঘটে না। তবে, কখন কখন মাতা বা ধাত্রীর অঙ্গুলি দ্বারা উপদংশ বিষ নীত হইয়া শিশুদিগের এই রোগ হইতে দেখা যায়।

চিকিৎসা।—এই রোগে পারদ ঘটিত ঔষধাদি সেবন করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। রোগী তাহাতে সম্মত না হইলে, কড লিভার অয়েল ও পুষ্টিকর খাদ্যাদি ব্যবস্থিত হইতে পারে। পারদের বাষ্পগ্রহণ, কুইনাইনের সহিত হাইড্রার্জ কম ক্রিটা, লাইকর হাইড্রার্জ পারক্লোরাইড (২ ড্রাম মাত্রায়), প্রতিদ্বিতীয় দিবস রাত্রিতে ৫ গ্রেণ মাত্রায় পিল হাইড্রার্জ সবক্লোরাইড কম্পাউণ্ড, আইওডাইড অব পোটাসিয়ম অথবা তৎসঙ্গে হাইড্রার্জ পারক্লোরাইড মিক্শ্চার সেবন (৯৫, ১১৭, ১১৮, ১১৯ ব্য) এবং আইওডাইড অব আয়রণ বা ফেরি আইওডাইড মিক্শ্চার (১০০ ব্য) সেবন, আবদ্ধ গৃহে উষ্ণ জলে গাত্রধাবন, স্নান ও বায়ু পরিবর্ত্তন ইত্যাদি এই রোগে ব্যবস্থিত হইয়া থাকে। বালকদিগের পক্ষে, আফিঙ্গের সহিত ক্যালোমেল সেবন, প্রতিদ্বিতীয় রাত্রিতে বাহু ও উরুমূলে ব্লু মার্কিউরিয়াল মলম মৰ্দ্দণ ইত্যাদিরূপে পারদ প্রয়োগ করা বৈধ। যাহাহউক, পারদে শরীর সামান্য আক্রান্ত হইবামাত্রই উহার ব্যবহার স্থগিত রাখা বিধেয়। ক্ষত স্থানে প্রয়োগ করিবার নিমিত্ত, কষ্টিক লোশন, রেড প্রিসিপিটেড অয়েণ্টমেণ্ট, ব্ল্যাক ওয়াশ, ক্লোরাইড অব জিঙ্ক লোশন, গ্লীসারীণের সহিত কার্ব্বলিক য়্যাসিড, সল্‌ফেট অব কপার (১০ গ্রেণ, মলম ১ঔন্স) এবং ক্ষীণ সিট্রিন ও বোরাসিক্ অয়েণ্টমেণ্ট (২, ৩১, ৭০, ১৭, ৭৭, ৮০ ব্য) ব্যবহৃত হইয়া থাকে। আইডোফর্ম্ম মলম অথবা চূর্ণ এইরূপ ক্ষত রোগে বিশেষ উপকারক।

হার্পিজ ফ্রণ্টেলিস। (HERPES FRONTALIS.)

এই রোগকে হার্পিজ জষ্টার ফ্রণ্টেলিস, হার্পিস অপথ্যাল্মিকস এবং জোনা প্রভৃতি রোগও বলে।

এই রোগে অতিরিক্ত শৈরিক যাতনা, অক্ষিপুটের স্ফীতি ও আরক্তিমতা, এবং অক্ষিপুট, ললাট ও ভ্রূদেশোপরি বহুসংখ্যক ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ফোস্কা হইতে দেখা যায়। কিছু দিন পরে, এই সকল ফোস্কা বসন্ত রোগের ন্যায় চুপ্সিয়া তথায় দাগ জন্মে। কনজংটাইভার আরক্তিমতা, আলোকভীতি এবং অশ্রু-নিঃসরণও বর্ত্তমান থাকে। ফোস্কা সকল চুপসিয়া যাইলেও এই রোগে শৈরিক যাতনার নিবৃত্তি হয় না।

ইরিসিপিলাস রোগকে এই রোগ বলিয়া ভ্রম হইবার বিলক্ষণ সম্ভাবনা। সেই ভ্রম দূর করিতে, ডাং হচিনসন সাহেব বলেন যে, " হার্পিজ ফ্রন্টেলিস এক পার্শ্বেই হইয়া থাকে ; উহা কখন নাসিকা ও ললাট দেশের মধ্যস্থল অতিক্রম করিয়া অপর পার্শ্বে গমন, অথবা গণ্ডদেশ আক্রমণ করে না। কিন্তু, সহানুভূতিক্রমে কখন কখন গণ্ডদেশ অল্প স্ফীত হইতে পারে। সেই পার্শ্বে ভয়ানক এক-কপালে মাথাধরা হয়, এবং কখন কখন কর্ণের নিম্নাংশেও ভয়ানক যাতনা হয়। ইরিসিপিলাস রোগাপেক্ষা এই রোগে চর্ম্মস্ফীতি অল্প ও কোন কোন স্থলে, সামান্য মাত্র হয়। হার্পিজের ফোস্কা সকল ইরিসিপিলাসের ফোস্কা অপেক্ষা ক্ষুদ্র ও সংখ্যায় বহু এবং সুস্পষ্ট সীমাবদ্ধ। ইরিসিপিলাস রোগাপেক্ষা, ইহাতে যন্ত্রণার আধিক্য হয় বটে, কিন্তু শারীরিক অসুস্থতার অনেক হ্রাস দেখা যায়।" ললাট ও ঊর্দ্ধপুটে হার্পিজ হইলে, চক্ষুতে কোন প্রদাহ হয় না। নাসিকার ঊর্দ্ধবিভাগে হইলে, সামান্য আইরাইটিস হইয়া থাকে। কিন্তু, নাসাগ্রভাগ পীড়িত হইলে, চক্ষুতে ভয়ানক প্রদাহ, কর্ণিয়ায় ক্ষত ও তদানুষঙ্গিক বহুতর মন্দ ঘটনা ঘটিতে পারে।

কারণ।—শৈত্যকারণে সচরাচর বৃদ্ধ ব্যক্তিদিগেরই এই রোগ জন্মে। কিন্তু বালকদিগেরও এই রোগ হইতে দেখা যায়। ইহা জীবনে একাধিক বার হইতে দেখা যায় না। অপিচ, বসন্ত রোগের ন্যায়, এই রোগের দাগ সকলও অনপনেয়। পঞ্চম স্নায়ুর চাক্ষুষ বিভাগের এবং নাসিকা স্নায়ুর স্থান অনুসারে এই রোগ উদিত হয়।

চিকিৎসা।—উত্তেজনা ও উত্তাপ নিবারণার্থে লেড লোশন, জিঙ্ক অক্সাইড লোশন, বেলেডোনা লোশন এবং কনিয়াই ও ওপিয়াই লোশন (৮, ৯, ২৭, ৪২, ১৫৭, ১৫৮ বং) প্রভৃতি দ্বারা পীড়িত স্থান সতত আর্দ্র রাখা

উচিত। নিদ্রারাহিত্য ও বেদনার নিমিত্ত, ক্রোটন-ক্লোরাল, ওপিয়ম অথবা মর্ফিয়া সেবন, অথবা য়্যাট্রোপীন বা মর্ফিয়ার ত্বগধঃ পিচকারি বিশেষ উপকারক। চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন অথবা কোকেন ও বোরাসিকের সহিত য়্যাট্রোপীন অথবা ওপিয়ম লোশন (৩৭, ৪০, ২৭ ব্য), পুটোপরি কলোডিয়ন প্রলেপন, কোষ্ঠ-পরিষ্করণ এবং একত্রে কুইনাইন ও নক্সভমিকা অথবা এমোনিয়া এবং বার্ক প্রভৃতি বলকর ঔষধ, অথবা কুইনাইনের সঙ্গে সঙ্গে সামান্য পরিমাণে বেলেডোনা সেবন ব্যবস্থিত হইতে পারে। শৈরিক যাতনা দূর করিতে, ব্রোমাইড-ক্লোরাল বা ক্রোটন-ক্লোরাল মিকশ্চার সেবন এবং সুপ্রা-অর্বিটাল ফোরামেনের অতি নিকটে য়্যাট্রোপীনের ত্বগধঃ পিচকারি, অথবা গ্যাল্‌ভানিক ব্যাটারি বিশেষ উপকারক। চর্ম্মনিম্নে, ফ্রণ্ট্যাল, সুপ্রা-অর্বিটাল অথবা নেজাল স্নায়ুকে ছেদন করিয়া দিলে, সাময়িক উপকার দর্শিতে পারে। স্থায়ী উপকার হইলে, এতদ্দ্বারা উক্ত স্নায়ু-পোষিত স্থান সকল স্পর্শজ্ঞান-রহিত হয়। ফোস্কা চুপসিয়া যাইলে, তত্রত্য শৈরিক যাতনা দূর করিবার নিমিত্ত, একোনিসিয়া অয়েণ্টমেণ্ট, কিম্বা একোনাইট বেলেডোনা লিনিমেণ্ট, (৭৯, ১৫৬ ব্য) তথায় মৃদুভাবে ম্রক্ষণ, এবং দিবসে ২।৩ বার টিং ক্যানাবিস ইণ্ডিকা (৫—১৫ মি মাত্রায়) সেবন, অথবা এই সকলে নিবৃত্তি না পাইলে, কেহ কেহ লাইকর আর্সেনিকেলিজ (৩—৫ মি মাত্রায়) আহারান্তে প্রত্যহ ২বার সেবনের ব্যবস্থা দেন।

টিনিয়া টার্সাই। (TINEA TARSI.)

এই রোগকে ব্লেফারাইটিস, টার্সাল অপথ্যাল্মিয়া বা সাইকোসিস টার্সাই রোগও বলে; এবং ইহা পক্ষ্ম-মূলের রোগ। ইহার বৃদ্ধি অতি মৃদু। সম্পূর্ণ আরোগ্য করা কষ্টসাধ্য; এবং আরোগ্য হইয়া পুনঃপুনঃ ঘটে।

এই রোগে পুটপ্রান্ত আরক্তিম ও প্রদাহিত হয় এবং চুলকাইতে থাকে; এবং প্রখর রৌদ্র ও শীতল বায়ু স্পর্শে ঐ সকল লক্ষণ বৃদ্ধি পায়। পক্ষ্মমূল হইতে অতিরিক্ত রসস্রাব হইয়া তদ্দ্বারা নিদ্রাকালে অক্ষিপুটদ্বয় যুক্ত হইয়া যায়, সুতরাং চক্ষু ধৌত না করিলে, পুট উন্মিলন করিতে পারা যায় না। ক্রমে রোগবৃদ্ধি হইয়া এই পক্ষ্মসমষ্টির মধ্যে, সর্ব্বদা ক্লেদস্রাব ও ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র

পষ্টিউল পুনঃপুনঃ উদিত হইয়া ও পষ্টিউল ফাটিয়া গিয়া, মামড়ি অবশিষ্ট রাখে। এই সকল মামড়ির ত্বক উন্মোচিত হইয়া সমস্ত পুটপ্রান্ত ভয়ানক প্রদাহিত (Tylosis) ও স্ফীত হয়। কনজংটাইভা অল্প বা অধিক পরিমাণে প্রদাহিত হয় এবং চক্ষু শুষ্ক ও উষ্ণ বোধ হয়। এই রোগ অতি প্রবল হইলে (Madarosis), প্রায় সমস্ত পক্ষ্ম খসিয়া পড়ে ও তথায় নূতন পক্ষ্ম জন্মে না; অথবা ট্রাইকিয়েসিস, এক্টোপিয়ন বা এক্ট্রোপিয়ন রোগোৎপত্তি করে। অতি ভয়ানক স্থলে (Lippitudo), পক্ষ্ম সকল খসিয়া যায়, পুটপ্রান্ত পুরু ও গোলাকার হয় এবং উল্টাইয়া যায়, ও তাহাতে পংটা চক্ষু হইতে বহির্দ্দিকে আইসে। সুতরাং চক্ষু হইতে অনবরত অল্পাল্প জল পড়ে; এবং তাহাতে পুটপ্রান্ত আরক্তিম, বিক্ষত ও উত্তেজিত থাকে। অক্ষিপুট বিলক্ষণ নিমীলিত না হওয়ায় অক্ষি-গোলকও সময়ে সময়ে প্রদাহিত হয়।

কারণ।—ক্যাটারাল অথবা গ্রানিউলার কনজংটিভাইটিস রোগ আরোগ্য করিতে এবং তত্তৎ সময়ে চক্ষু পরিষ্কার রাখিতে তাচ্ছীল্য করিলে, অথবা কর্ণিয়াইটিস রোগে, অথবা বহুজনপরিপূরিত নগরীতে ধূলি, ধূম, বায়ু, রৌদ্র ও শৈত্য স্পর্শে, এই রোগ কদর্য্যাহারী ও অপরিচ্ছন্ন দরিদ্রদিগেরই সচরাচর হইয়া থাকে। দুর্ব্বল এবং স্ক্রফুলা বা শ্লেষ্মা ধাতুবিশিষ্ট বালক, উপদংশ রোগাক্রান্ত ব্যক্তির সন্তান এবং যাহাদের পরিপাক শক্তির বিশৃঙ্খলা থাকে, তাহাদিগের এই রোগ হয়। হামজ্বরের পরেও এই রোগ হইতে দেখা যায়। কৃত্রিম আলোকে অথবা উপযুক্ত চসমা না লইয়া চাক্ষুষ কার্য্য করিলে, অথবা অশ্রু-পথাবরোধেও এই রোগ জন্মে। যাহাহউক, এই রোগের স্থায়ীকাল অতি দীর্ঘ; এবং ইহা এক বার আরোগ্য হইয়াও পুনরায় হইতে পারে। এই রোগে য়্যাষ্টিগ্ম্যাটিজম প্রভৃতি চক্ষুর আলোকোপযোগিতার বিশৃঙ্খলা বর্ত্তমান থাকে।

চিকিৎসা।—সর্ব্বদা বিলক্ষণ পরিষ্কার-পরিচ্ছন্ন থাকাই এই রোগের চিকিৎসা। রোগীর স্বাস্থ্য বিবেচনা করিয়া, বিশুদ্ধ বায়ুসেবন, উত্তম আহার, কড লিভার অয়েল, আয়রণ এবং আইওডাইড অব পোটাসিয়ম অথবা একত্রে আর্সেনিক এবং আয়রণ অথবা কুইনাইন প্রভৃতি ব্যবস্থিত হইয়া থাকে। স্থানিক চিকিৎসার মধ্যে, পুটপ্রান্ত উষ্ণ জলে প্রাতঃসন্ধ্যা উত্তমরূপে ধৌত

করিয়া, কোমল বস্ত্র দ্বারা মামড়িগুলি পরিষ্কার করা বিধেয়। মামড়িগুলি এইরূপে সহজে পরিষ্কার না হইলে, একখানি ক্ষুদ্র স্প্যাচুলা অথবা ক্যাটারাক্ট নিডল দ্বারা, অথবা তাহাতেও উত্তোলিত না হইলে, এবং পুটপ্রান্ত স্ফীত ও আরক্তিম থাকিলে, প্রতিদিবস ৩।৪ বার ২০ মিনিট কাল পর্য্যন্ত উষ্ণ জলের কম্প্রেস অথবা পোল্টিস প্রয়োজ্য। এইরূপে পুটপ্রান্ত বিলক্ষণ পরিষ্কৃত করিয়া, তথায় প্রত্যহ ১বার কষ্টিক লোশন এবং ক্ষীণ সিট্রিন অথবা ক্ষীণ হাইড্রার্জ. অক্সাইড রুব্রাই বা অক্সাইড ফ্লেভা বা মার্কিরি আইডোফর্ম্ম অয়েণ্টমেণ্ট (৬২, ৬৯, ৭০, ৭৫, ৭৩, ৭৮ বা) প্রাতঃসন্ধ্যা দুইবার প্রলেপিত করা উচিত। পাতা পরিষ্কার না করিয়া, এই সকল ঔষধ ব্যবহার করিলে, কোন উপকারের সম্ভাবনা নাই। অয়েণ্টমেণ্ট প্রলেপের পূর্ব্বে, এবং দিবাভাগে সর্ব্বদা বোরাসিক, য়্যালম অথবা সলফেট অব জিঙ্ক বা লেড লোশনাদি দ্বারা পুটপ্রান্ত ধৌত করা সঙ্গত। যাহাহউক, দুর্দ্দম্যস্থলে অবস্থা বুঝিয়া এই সকল লোশন ও মলম অথবা টার, বোরাক্স বা কার্ব্বনেট অব সোডা লোশন (১৮, ১৯, ২০ বা) মধ্যে মধ্যে পরিবর্ত্তন করিয়া ব্যবহার করা উচিত। লোশনে ১০।১৫ মিনিট পাতার কিনারা ভিজাইয়া রাখিয়া পরে মলম ব্যবহার হয়। পক্ষ্মগুলি দীর্ঘ হইলে অথবা পুটপ্রান্ত বিক্ষত হইলে, আমূল পক্ষ্ম ছেদন করা বিধেয়, এবং ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র অথবা বক্র পক্ষ্মগুলি সিলিয়া ফর্সেপ্স দ্বারা উত্তোলিত করা উচিত। এরূপস্থলে, অতঃপর চক্ষু মুদিত করিয়া, পুটপ্রান্তে উগ্র কষ্টিক লোশন ও অক্সাইড অব জিঙ্ক অয়েণ্টমেণ্ট (৬২, ৮৩ বা) প্রলেপন করা বিধিসঙ্গত। পষ্টিউল গুলিকে কষ্টিক পেন্সিল অথবা সলফেট অব কপার দ্বারা স্পর্শ করা উচিত। ক্ষতের বাহ্যদিকস্থ প্রান্তও তদ্দ্বারা স্পৃষ্ট করিতে পারা যায়। কিন্তু মিবোমিয়ান গ্ল্যাণ্ডের ছিদ্রগুলি স্পৃষ্ট করা উচিত নহে। এইরূপে তথায় প্রতিসপ্তাহে টিং আইওডীন অথবা গ্লীসারীনের সহিত কার্ব্বলিক এসিড (৫ভাগে ১ ভাগ কার্ব) চিকিৎসক স্বহস্তে একবার করিয়া এবং ইতিমধ্যে রোগী ক্ষীণ সিট্রিন অয়েণ্টমেণ্ট অথবা ক্ষীণ কার্ব্বলিক গ্লীসারীন (২০ ভাগে ১ ভাগ) প্রলেপ দিয়া থাকেন। শয়নসময়ে, লিণ্ট দ্বারা হেব্রাজ্ অয়েণ্টমেণ্ট. (যাহা কিঞ্চিৎ বালসম পেরুর সহিত ওলিয়ম লিনি ও এমপ্লাষ্টার প্লম্বাই সমভাগে মিশ্রিত করিয়া প্রস্তুত হয়) পুটপ্রান্তে প্রদান, এবং প্রাতঃ-

কালে তাহা ফেলিয়া অক্ষিপুট উষ্ণ জলে ধৌত করা যাইতে পারে। তুলি করিয়া পোটাসি ফিউজা প্রতিদিন পুটপ্রান্তে এক বার প্রয়োগ এবং তৎক্ষণাৎ শীতল জল দ্বারা উহার উগ্রশক্তির হ্রাস করা যাইতে পারে। লিপিটিউডো হইলে, পক্ষ্মবীজ উত্তোলন করিয়া ট্রাইকিয়েসিস রোগ আরোগ্য করিতে পারা যায়; এবং ক্যানালিকিউলি চিরিয়া, কিম্বা কষ্টিক্‌ ও কার্ব্বলিক লোশনাদি দ্বারা পুটপ্রান্ত ধৌত করিয়া, ক্ষতাদি আরোগ্য করিতে পারা যায়। কিন্তু, পক্ষ্মহীন ও পুরু অক্ষিপুটকে পুনর্ব্বার সুস্থাবস্থার ন্যায় করা দুরূহ। দীর্ঘস্থায়ী পুরু এবং একজিমাবিশিষ্ট সতত উত্তেজিত অক্ষিপুটোপরি ডাং লসন সাহেব বোরাসিস লোশনে (২০ক, ব্য) সিক্ত লিণ্ট সর্ব্বদা প্রদান করিতে আদেশ করেন। রোগী অল্পবয়স্ক না হইলে, দীর্ঘকাল অল্পমাত্রায় প্রত্যহ ২।৩ বার লাইকর আর্সেনিকেলিজ সেবন করিতেও ব্যবস্থা দেন। কিন্তু, অল্পবয়স্ক বালকদিগকে আর্সেনিক খাইতে দেওয়া বিধিসঙ্গত নহে। চক্ষুর আলোকোপযোগিতার বিশৃঙ্খলায় উপযুক্ত চসমা পরিধান আদিষ্ট হইয়া থাকে।

য়্যাক্নি সিলিয়েরিজ। (ACNE CILIARIS.)

অতিরিক্ত মদ্যপায়ী ও অনিয়মাহারী ব্যক্তিদিগের উর্দ্ধপুটে ব্লেফারাইটিস রোগের সহিত কখন কখন এক অথবা তদধিক নডিউল পুনঃ পুনঃ উৎপন্ন হয়। উহাদের উপরিভাগ হইতে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র পক্ষ্ম উৎপন্ন হইতে পারে; এবং উহারা আরক্তিম ও প্রদাহিত হইয়া ও গলিয়া, তন্মধ্য হইতে পূঁয নির্গত হইয়া যায়। পূয হইলে, উহাতে পোল্টিস এবং সেঁক প্রদান; প্রদাহিত ও যন্ত্রণাপ্রদ হইলে, শীতল জলের পটি প্রদান, এবং শক্ত বলিয়া বোধ হইলে আইওডাইড অব পোটাসিয়ম অয়েণ্টমেণ্ট ব্যবস্থিত হইয়া থাকে।

পেডিকিউলি বা লাইছ। (PEDICULI OR LICE.)

এই রোগ থাইরিয়েসিস (Phtheiriasis) বা পেডিকিউলোসিস শব্দেও বর্ণিত হইয়া থাকে। পুটপ্রান্তে উকুণ (Lice) হইলে, পক্ষ্মসমষ্টি কৃষ্ণবর্ণ কোন চূর্ণ দ্বারা আচ্ছাদিত বলিয়া বোধ হয়; এবং পুটপ্রান্ত সর্ব্বদা বিলক্ষণ চুলকাইতে থাকে এবং তজ্জন্যই রোগী চিকিৎসার্থী হয়েন। এই রোগে ব্লেফারাইটিস রোগের লক্ষণাদি বর্ত্তমান থাকে না। ম্যাগনিফাইং কাচ

লিখা উকুণ দিগকে পক্ষ্মমূলে নড়িতে চড়িতে দেখা যায়। স্ত্রীলোক এবং বালক-বালিকারাই সাধারণতঃ এই রোগ ভোগ করে। স্ত্রীলোকদিগের যোনি-লোমে এই রোগের আদিম বাস। উহারা তথা হইতে চক্ষুতে এবং সহশায়ী বালকদিগকে আক্রমণ করে। দরিদ্রজীবন এবং অপরিষ্কার-অপরিচ্ছন্নতাই এই রোগের কারণ।

চিকিৎসা।—রোগের আদিম স্থান কেশমুক্ত করিয়া উত্তম সাবানাদি দ্বারা ধৌত করিলে ২।৪ দিনেই তথাকার উকুণ মরিয়া যায়। পরে পরিষ্কার-পরিচ্ছন্ন-ভাবে থাকিতে হয়।

উষ্ণ জলে ধৌত করিয়া পীড়িত পুটপ্রান্তে ষ্ট্যাফিসেগ্রিয়া, ক্ষীণ সিট্রিন ও ইয়েলো অয়েণ্টমেণ্ট লাগাইয়া, রোগ আরোগ্য না হইলে, হাইড্রার্জ বাইক্লোরাইড লোশন (১০, ১১, ১২ ব্য) দিয়া পুটপ্রান্ত ধৌত করিয়া উক্ত মলম লাগাইলে এবং মধ্যে মধ্যে লোশন দিয়া ধৌত করিলে অল্প দিবসের মধ্যেই চক্ষুর এই রোগ নিশ্চয়ই আরোগ্য হইয়া যায়। প্রথমে ফর্সেপ্স দ্বারা উহাদিগকে একে একে তুলিয়া সাবান দ্বারা ধৌত করিয়া, পরে লোশন ও মলম লাগাইলে, নিঃসন্দেহে আরাম হয়।

এফিড্রোসিস ও ক্রমহাইড্রোসিস।

(EPHIDROSIS & CHROMHYDROSIS)

কখন কখন উর্দ্ধপুটের চর্ম্মে দুগ্ধের সরের ন্যায় যে পাতলা সর পড়ে, তাহাকে এফিড্রোসিস কহে। ইহাতে ব্লেফারাইটিস ও সামান্য কনজংটিভাইটিস রোগ সহানুবর্ত্তী হয়। কোন প্রকার য়্যাষ্ট্রিঞ্জেণ্ট লোশন ও হেব্রাজ অয়েণ্টমেণ্ট এই রোগের ঔষধ। শারীরিক চিকিৎসায়, যাহাতে কিড্‌নি ও চর্ম্মের কার্য্যাদি সুশৃঙ্খলায় চলে, তদ্বিষয়েও বিশেষ মনোনিবেশ করিতে হয়।

হিষ্টীরিয়া রোগগ্রস্ত স্ত্রীলোকেরা, যাঁহাদের ঋতু-বিশৃঙ্খলা থাকে এবং শরীরও অত্যধিক অসুস্থ থাকে, তাঁহারা চিকিৎসককে প্রতারণা করিবার ও তাঁহাদের সহানুভূতি পাইবার নিমিত্ত, কখন কখন নীল ও পাটলাদি বর্ণে অধঃপুট রঞ্জিত করিয়া রাখেন। জলে উহা ধৌত হয় না বটে, কিন্তু তৈল বা গ্লীসারীণে উঠিয়া যায়। ইহাকেই ক্রমহাইড্রোসিস কহে।

জ্যান্থিল্যাজ্‌মা। (XANTHELASMA OR VITILIGO.)

কখন কখন প্রৌঢ়া স্ত্রীলোকদিগের উভয় চক্ষুর উত্তর পুটে নাসিকাদিকস্থ অপাঙ্গ নিকট হইতে পুটপ্রান্তের সমান্তরে লম্বমান স্বল্পোন্নত ও পীতাভ দাগ হইতে দেখা যায়। এই দাগের মধ্যস্থলে আর একটী কৃষ্ণবর্ণ চিহ্ন থাকে। বালকদিগের এই রোগ হয় না। তবে কখন কখন প্রৌঢ় ব্যক্তির ঘটিতে পারে।

কোন প্রকার ঔষধ সেবন অথবা প্রলেপনে এই দাগ আরোগ্য করা যায় না। যকৃতের ইতঃপূর্ব্ব কার্য্যবিশৃঙ্খলাই এই রোগের প্রধান কারণ বলিয়া অনুমিত হয়। উক্ত স্থান কর্ত্তিত করিয়া সূচার দ্বারা আবদ্ধ করাই ইহার চিকিৎসা। কিন্তু, এই দাগে শ্রীব্যত্যয় ব্যতীত অন্য কোন অসুবিধা ঘটে না; সুতরাং অস্ত্রাদি না করাই শ্রেয়ঃ।

হর্ডিওলম বা ষ্টাই। (HORDEOLUM OR STYE)

এই রোগকে আমরা সচরাচর আঞ্জনি শব্দে ব্যক্ত করি। উহা পুটপ্রান্তের অথবা পুটপ্রান্ত নিকটস্থ ক্ষুদ্র স্ফোটক মাত্র। অল্প অল্প চুলকাইয়া পক্ষ্মমূলে এই স্ফোটক উদিত হয়। এই স্ফোটকে তত্রত্য অক্ষিপুট স্ফীত ও আরক্তিম হয় এবং তথায় হস্তস্পর্শও সহ্য হয় না, এবং সময়ে সময়ে জ্বরজ লক্ষণাদি আনয়ন করে। ৩।৪দিন পরে, স্ফোটকোপরি পক্ষ্মসীমায় একটী পীতাভ মুখ হয় এবং তদ্দ্বারাই উহাতে পূয হইয়াছে এবং স্ফোটক বহির্দ্দিকে গলিয়া যাইবে অনুমান করা যায়। এক সময়ে অনেকগুলি আঞ্জনি হইতে পারে; এবং তদ্রূপ কতকগুলি পুনঃপুনঃ হইতেও পারে। এই রোগে কখন কখন কঞ্জংটাইভাও পীড়িত হইয়া থাকে।

নাসাপাঙ্গ নিকটে আঞ্জনি হইলে, তাহা ল্যাক্রিমাল স্যাকের স্ফোটক বলিয়া ভ্রম হইতে পারে। এরূপ স্থলে, নীচের ক্যানালিকিউলসের অভ্যন্তর দিয়া বোরাসিক লোশন বা জল স্যাক ও নেজাল ডক্টে পিচকারী করিলে ও তাহা সহজে নাসিকায় প্রবাহিত হইলে, সেই ভ্রম দূর হয়। কিশোর-বয়স্ক বালকদিগেরই এই রোগ ঘটে; এবং পাকস্থলীর বিশৃঙ্খলায় শরীর দুর্ব্বল থাকিলে, এই রোগ পুনঃপুনঃ হইতে থাকে। যাঁহাদের মুখে সর্ব্বদা ব্রণ হয়

এবং যাঁহারা যথেচ্ছাচারী ও অনিয়মাহারী এবং মদ্যপ ও ইন্দ্রিয়সেবী তাঁহারাও এই রোগ ভোগ করেন। কখন কখন এই রোগান্তে কলেজিয়ন রোগও জন্মে (২৫৭ পৃষ্ঠা দেখ)।

কারণ।—প্রথম যৌবনে যখন মুখে বয়স ফোড়া হইতে আরম্ভ হয় এবং যখন জননেন্দ্রিয় কার্য্যক্ষম হয় ও তাহাতে ভোগলালসা জন্মে, সেই বয়সেই সাধারণতঃ এই রোগ হয়। সুতরাং জননেন্দ্রিয়ের সাময়িক কার্য্যবিশৃঙ্খলাই ইহার কারণ বলিয়া বোধ হয়। যাহাহউক, বালক বৃদ্ধ সকলেরই এই রোগ হইতে পারে। অত্যন্ত চাক্ষুষ কার্য্য (বিশেষতঃ চালশে রোগগ্রস্ত ব্যক্তির) এবং শীতল বায়ুস্পর্শ ইহার উত্তেজক কারণ বলিয়া গণ্য।

চিকিৎসা।—প্রদাহ সময়ে, স্ফোটকোপরি বরফের পটি বাঁধা, এবং পরে কষ্টিক পেন্সিল স্পর্শন, অথবা কষ্টিক লোশন বা টিং আওডীন প্রলেপনে বিশেষ উপকার হইতে পারে। প্রারম্ভ সময়ে, যখন রোগী আঞ্জনি হইবে মনে করেন এবং স্ফোটক বা পূযাদি না হইয়া সামান্য প্রদাহ মাত্র হয়, তখন তদুপরি এক বার মাত্র কষ্টিক পেন্সিল বা কষ্টিকে তুলিকা বুলাইয়া সেই তুলিকা বুলাইয়া লইলে, এই রোগের গতিরোধ হইতে পারে। কিন্তু, পূয় আরম্ভ হইলে, উষ্ণ বোরাসিক লোশনের, উষ্ণ জলের অথবা পোস্তঢেঁড়ির সেঁক এবং ২ঘণ্টা অন্তর জল দিয়া পাঁউরুটির পোল্টিসাদির ব্যবস্থা দিলে, উহা স্বয়ংই ফাটিয়া যায়। তবে, কখন কখন স্বয়ং ফাটিয়া না যাইলে, পীতবর্ণ মুখস্থানে পক্ষমূলাভিমুখে অল্প চিরিয়া দেওয়া উচিত। জোলাপে কোষ্ঠ পরিষ্কার রাখিয়া কড লিভার অয়েল, সিরপ ফেরি আইওডীড, সিরপ ফেরি হাইপোফস্ফেটিস (ফেলোজ সিরপ), সিরপ ফেরি ফস্ফেটিস কম্পাউণ্ড (প্যারিশেজ কেমিকাল ফুড), একত্রে কুইনাইন ও আয়রণ অথবা একত্রে বার্ক এবং এমোনিয়া, এট্‌কিন্সের সিরপ প্রভৃতি ঔষধের ও পরিপাকজনক অথচ বলকর উত্তম খাদ্যাদির ব্যবস্থা এবং বিশুদ্ধ বায়ুসেবন ও ব্যায়ামাদি সর্ব্বথা প্রয়োজনীয়। প্রত্যহ আহারান্তেই ৩ বার করিয়া অল্প মাত্রায় ($\frac{1}{4}$ বা $\frac{1}{3}$ গ্রেণ) সলফাইড অব ক্যাল্‌সিয়ম গুঁড়া বা বটিকাকারে (১৭০ ব্য) সেবন করিলে, বিশেষ উপকার দর্শে। আঞ্জনি সম্পূর্ণ তিরোহিত হইলেও ১০।১৫ দিন পর্য্যন্ত এই বটিকা সেবন করিতে হয়। যখন পূযাদি আর নির্গত না হয়, তখন

ষ্যালম ও জিঙ্ক প্রভৃতি সামান্য উত্তেজক লোশন (১৫ ব্য) দ্বারা পীড়িত স্থান মধ্যে মধ্যে ধৌত করিতে ও তথায় ক্ষীণ সিট্রিন মলম (৬৯, ৭০ ব্য) লাগাইতে হয়। আরোগ্য হইলেও কিয়দ্দিবস পীড়িত স্থানে নাইট্রেট অব সিলভার অয়েণ্টমেণ্ট (২।৪ গ্রেণে, ১ঔন্স লার্ড বা ভ্যাসার্লীন) ব্যবহার করিলে এবং পূর্ব্বোক্ত বলকারক ঔষধাদি সেবন করিতে থাকিলে, এই রোগ পুনঃপুনঃ ঘটিতে পারে না। যাহাহউক, রোগীকে অতিরিক্ত চাক্ষুষ কার্য্য করিতেও নিষেধ করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়।

টিউমার। (TUMOURS)

মিবোমিয়ান সিষ্ট (Chalazion)।—এই সকল মটরের ন্যায় ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র সিষ্ট (Meibomian Cysts) পরস্পর পৃথকভাবে উভয়পুটেই হইয়া থাকে। উহাদের মধ্যে তরল ও ঘন পূয়পদার্থ থাকে, এবং বহুকাল কোন কষ্ট প্রদান না করিয়া, পূয নিঃসৃত হইয়া স্বয়ং উপশমিত হইতে পারে। অক্ষিপুট উল্টাইলে, কঞ্জংটাইভায় উহাদের নীলাভ তলদেশ দেখিতে পাওয়া যায়।

চিকিৎসা।—যে সময়ে এই সকল টিউমারের আবরক, প্রদাহিত কনজংটাইভা পাতলা ও নীলাভ হইবেক, তখনই তথায় ক্যাটারাক্ট ছুরিকা দ্বারা পুটপ্রান্তের সমান্তরভাবে আড়া-আড়ি চিরিয়া উহাদের অন্তর্গত পদার্থ বহির্গত হইতে দেওয়া বিধেয়। পরে, শীতল জলের কম্প্রেস বন্ধন এবং যাহাতে রোগীর বলবৃদ্ধি হয়, তাহা করা উচিত। নতুবা, উহারা আবার উদ্ভূত হইতে পারে। ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র টিউমারে অস্ত্রাদি না করাই উচিত। ডার্মইড টিউমার সমূলে ছেদন করা বৈধ।

নিভস (Nævus)।—ইহাকে টেলিয়াঞ্জিযেক্টেটা Teleangiectata বা জরুল কহে। শরীরের অন্যান্য স্থানাপেক্ষা অক্ষিপুটে উহা ক্ষুদ্র আকারে হইয়া থাকে; জরুল জন্ম সহজাত রোগ। অল্প চাপ দিলে, উহা হইতে রক্ত নির্গত করিতে পারা যায়; কিন্তু উহা পুনর্ব্বার আবার রক্তপূর্ণ হয়। হাঁচি, কাশি বা ক্রন্দন প্রভৃতি কোঁত পাড়া কার্য্যে উহা স্ফীত ও আরক্তিম হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—জরুল যে রক্তশিরাময় জালবৎ পদার্থে নির্ম্মিত, তাহাকে

সমূলে নিষ্কাশন করাই আমাদের অভিপ্রায়। কিন্তু তৎসময়ে উহার আবরক চর্ম্ম নিষ্কাশন না করাই শ্রেয়ঃ। কারণ তাহাতে ক্ষতশুষ্ক হইলে অক্ষিপুট উল্টাইয়া পড়ে। উগ্র নাইট্রিক এসিড স্পর্শে ক্ষুদ্র জরুল বিনষ্ট হইতে পারে। কিন্তু বৃহৎ হইলে ২।৩টী রেশমের সূত্র অগ্রে পারক্লোরাইড অব আয়রণে ভিজাইয়া উহার ভূমি দেশের নীচে দিয়া প্রবেশিত করিয়া ২।১ দিবস রাখিতে হয়; অর্থাৎ উহাতে প্রদাহ সঞ্চারিত হইলেই উহা পরিত্যাগ করিতে হয়। এই প্রদাহই উহার রক্তশিরা সকলকে অদৃশ্য করিতে পারে। এরূপ স্থলে, তাড়িত ব্যাটারিতেও উপকার দর্শিতে পারে। ইহাতে আরোগ্য না হইলে, ২টী সূক্ষ্ম আলপিন আড়া-আড়িভাবে উহার নীচে দিয়া প্রবেশিত রাখিয়া তাহার নীচে রেশমের সূত্রের ২।৪ পেঁচ জড়াইয়া রাখিতে হয়। উক্ত স্থান পচিতে আরম্ভ হইলেই আলপিন ২টী খুলিয়া ফেলিতে হয়।

অক্ষিপুটে য়্যাঙ্গিওমেটা (Angiomata) হইতে পুস্তকে লেখা আছে। এরূপ টিউমারকে নিষ্কাশিত করিয়া তৎস্থানে অন্য স্থান হইতে চর্ম্ম আনিয়া বসাইয়া চিকিৎসা করিতে হয়।

প্যাপিলোমেটা (Papillomata)।—পুটপ্রান্তে এবং কঞ্জংটাইভায় ওয়ার্ট হইতে দেখা যায়। বক্র কাঁচি দ্বারা উহাদিগকে সমূল ছেদন করাই তাহার চিকিৎসা। শৃঙ্গবৎ বিবর্দ্ধনও এইরূপে চিকিৎসা করিতে হয়।

মোলস্কম কন্টেজিওসম (Molluscum contagiosum)।—ইহাও অক্ষিপুট এবং মুখমণ্ডলের এক প্রকার টিউমার। স্ক্যাল্পেল দ্বারা বিদারণ করিয়া ফর্সেপ্স দ্বারা তন্মধ্যস্থ পদার্থ নিষ্কাশনই ইহার চিকিৎসা।

সার্কোমা।—(Sarcoma) অক্ষিপুটেও সার্কোমা হইয়া থাকে। উহা বালক এবং যুবা ব্যক্তিদিগের ঘটে। সমূলচ্ছেদন চিকিৎসাতেই ফল দর্শিবার সম্ভব।

লিপ্রোমা, ফাইব্রোমা এবং ফাইব্রো-য়্যাডিনোমাও অক্ষিপুটে জন্মে।

ইণ্ডিওরেটেড শ্যাঙ্কার কখন কখন নাসাপাঙ্গ দেশে ভয়ানক স্ফীতির সহিত আবির্ভূত হয়। প্যারোটিড দেশের গ্ল্যাণ্ডও বৃহৎ হয়। ঊর্দ্ধপুটে উপদংশজ গমেটা হইতে দেখা যায়; এবং তৎস্থান স্ফীত ও আরক্তিম হইয়া থাকে।

মিলিয়ম (Milium)।—পুটপ্রান্তের নিকটে চর্ম্মনিম্নস্থ গ্ল্যাণ্ডে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র মুক্তার ন্যায় ও আলপিনের মস্তকের সদৃশ টিউমার হইতে দেখা যায়। উহাতে চর্ব্বি থাকে। উহাতে অস্ত্রাদি করা প্রয়োজন হয না। প্রয়োজন হইলে, ছুরিকার অগ্র দিয়া বিদারণ করিয়া অন্তর্ভূত পদার্থ টিপিয়া বাহির করিতে হয়।

ইপিথীলিয়্যাল ক্যান্সার। (EPITHELIAL CANCER.)

এই রোগে রোডেণ্ট ক্ষত (Rodent ulcer) রোডেণ্ট ক্যান্সার, ক্যাঙ্ক্রইড এবং ইপিথিলিওমা রোগের বিষয় বর্ণিত হইবে।

চক্ষুর দুই কোণে অধঃপুটের প্রান্তভাগে, অর্থাৎ যেখানে বাহ্য চর্ম্মের সহিত মিউকস মেম্ব্রেনের সংযোগ আছে, তথায় এই রোগ প্রথমতঃ একটী ক্ষুদ্র ব্রণের ন্যায় উদিত হইয়া পরে ক্ষতযুক্ত হয। তৎপরে, লিম্ফ্যাটিক ও অন্যান্য সমীপবর্ত্তী গ্ল্যাণ্ডে আস্তে আস্তে ক্ষত হইতে থাকে। এই ক্ষতের তলদেশ উন্নত গ্রানিউল যুক্ত, আরক্তিম, কঠিন ও উজ্জ্বল। কিছুদিন পরে, উহা সমুদায় অক্ষিপুট ও গণ্ডদেশ পীড়িত করে। ইহাতে বেদনা থাকে না, তবে ক্ষত স্থান চুলকাইতে থাকে মাত্র। রোডেণ্ট ক্যান্সার চর্ম্মোপরি হয, কিন্তু তাহাতে গ্ল্যাণ্ড পীড়িত হয না। তদ্ব্যতীত প্রারম্ভ সময়ে, এই উভয় রোগের অনেক সৌসাদৃশ্য আছে। যাহাহউক, এই রোগ চল্লিশ বৎসর বয়সের পূর্ব্বে প্রায়ই হয না এই সমস্ত ক্ষত ২।১০ মাস, এমতকি, ২।৪ বৎসর যাবৎ আরোগ্য হয় না। কিন্তু পরিশেষে উহা আরো গভীর হইয়া অক্ষিপুট এবং অক্ষিকোটরের কনেক্টিভ টিস্যু, কর্ণিয়া, অক্ষিগোলক এবং, সর্ব্বশেষে মুখমণ্ডলের অস্থি পর্য্যন্ত বিনষ্ট করিয়া ফেলে। এই রোগে যাতনাদি প্রথমে না হইলেও পরিশেষে বিশেষ যাতনা হয়।

কখন কখন উপদংশ ক্ষত রোগ হইতে এই রোগের প্রভেদ করা যায না বটে; কিন্তু রোগীর বয়স, রোগের পূর্ব্ববর্ত্তী ইতিহাস, শরীরে উপদংশ বিষের বিদ্যমানতা ক্ষতস্থানের সসীম পরিষ্কার প্রান্ত, রোগভোগের কাল এবং উপদংশ-নাশক ঔষধে নিরাময় প্রভৃতি দ্বারা এই রোগ নির্ণীত হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—উগ্র নাইট্রিক এসিড, লাইকর হাইড্রার্জ্জ নাইট্রেট

এসিড ও ক্লোরাইড অব জিঙ্ক প্রভৃতি ঔষধ স্পৃষ্ট করিলে, এবং থার্মো-কটারি দ্বারা দগ্ধ করিলে এই রোগ আরোগ্য করা যায়। কিন্তু কিয়দংশ সুস্থ স্থান লইয়া, সমুদায় পীড়িত স্থান স্ক্যাল্পেল বা ছুরিকা দ্বারা নিষ্কাশিত করাই, এই রোগের চিকিৎসা। লিগেচার বন্ধন এবং প্রয়োজন হইলে, বাতি কষ্টিকের দ্বারা রক্তরোধ করা আবশ্যক। পরে, ক্লোরাইড অব জিঙ্ক লোশন (৪০ গ্রেণ, জল ১ ঔন্স) বা পেষ্ট (১৭ ব্য) দ্বারা উক্ত স্থান আর্দ্র রাখা, অথবা তথায় বিশুদ্ধ জিঙ্ক ক্লোরাইড স্পৃষ্ট করা উচিত। এইরূপে ধৌতকরণ ও ঔষধ প্রদানাদি দ্বারা ক্ষত আরোগ্য হইয়া যায়। অসুস্থ মাংসবৰ্দ্ধন হইলে, তাহা সলফেট অব কপার অথবা সমভাগে মিশ্রিত ক্লোরাইড ও অক্সাইড অব জিঙ্ক গুঁড়া দ্বারা বিনাশ করিতে হয়।

লিউপস (Lupus)। রোডেণ্ট ক্ষত অপেক্ষা অল্প বয়সে ঘটে। উহা তত শক্ত হয় না বটে, কিন্তু প্রদাহের আতিশয্য ঘটে এবং গাত্রের অন্যান্য স্থানের চর্ম্মে লিউপস রোগ দেখা যায়। চাঁচিয়া লইয়া কচের লিক্ষ পিচকারি করাই ইহার চিকিৎসা।

ইপিক্যান্থস্। (EPICANTHUS)

অপাঙ্গদেশে নাসিকামূল হইতে এক খণ্ড অৰ্দ্ধচন্দ্রাকার চৰ্ম্ম কখন কখন ক্যারঙ্কল আবৃত করিয়া রাখে। ব্রহ্ম ও চীনবাসীদিগের প্রায়ই এতদ্রূপ অবস্থা। ইহা জন্মসহজাত; অস্ত্রাদি করা বৈধ নহে। প্রথমাবস্থায়, নাসামূলের চর্ম্মে চিমিটি কাটিলে তিরোহিত হইতে পারে।

একজিমা। (ECZEMA OF THE LIDS)

ষ্ট্রুমস কর্ণিয়াইটিস এবং ফ্লিক্টিনিউলার অপথ্যালমিয়া রোগের সময়ে, বালকদিগের অক্ষিপুটে এই রোগ জন্মে। কর্ণের পশ্চাতে একজিমা এবং নাসারন্ধ্র দেশে ক্ষত হইলেও, এই রোগ সহানুবর্ত্তী হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—প্রারম্ভ সময়ে, রোগের প্রবল অবস্থায়, অগ্রে স্ক্যামনি অথবা ক্যালোমেল ও কম্পাউণ্ড জেলাপ পাউডার দ্বারা কোষ্ঠ পরিষ্কার রাখিয়া, ভাইনম এণ্টিমনি ও লাইকর এমোনিয়া এসিটেটিস মিশ্রিত কোন

মিকশ্চার (১৪৫ ব্য) প্রথম ২।৩ দিন ৩।৪ বার সেবন করা বৈধ। পরে এমোনি সাইট্রাস ও সিরপ ফেরি আইওড়ীভ প্রভৃতি কোন ঔষধের ব্যবস্থা করা উচিত। এই সঙ্গে সঙ্গে আহারেরও সংব্যবস্থা করা বৈধ। স্থানিক ঔষধের মধ্যে বোরাকস লোশন এবং অক্সাইড অব জিঙ্ক লোশন (২০।১৫৮ ব্য) প্রশংসনীয়। মলমে প্রদাহ বৃদ্ধি হয়; সুতরাং কোন প্রকার মলম ব্যবহার করা উচিত নহে।

পাতার পক্ষাঘাত ও আক্ষেপ। (PARALYSIS & SPASM)

টোসিস্ বা পুটপতন (Ptosis)।—এই রোগে ঊর্দ্ধপুট এমনি পড়িয়া যায় যে, অঙ্গুলি দ্বারা ধরিয়া না তুলিলে, স্বেচ্ছায় উহাকে উন্মিলিত করিতে পারা যায় না। এই অক্ষমতা সম্পূর্ণ ও আংশিক, দ্বিবিধ। সম্পূর্ণ হইলে, ঊর্দ্ধপুট অঙ্গুলি প্রভৃতির সাহায্য ব্যতিরেকে উন্মিলিত করিতে একেবারেই পারা যায় না; সুতরাং কর্ণিয়া ও তারা আবৃত হওয়ায় দৃষ্টিরোধ হয়। আংশিক স্থলে, বিলক্ষণ চেষ্টায় উহা স্বতঃ যৎসামান্য উন্মিলিত হয়। ৩য় স্নায়ু বিলক্ষণ পীড়িত না হইলে, এই রোগে দৃষ্টিশক্তি বিনষ্ট হয় না।

কারণ।—প্রথমতঃ এই রোগ জন্মসহজাত। হিষ্টিরিয়া রোগ প্রযুক্তও এই রোগ হয়। কিন্তু বৃদ্ধ বয়সে, অথবা মেলেরিয়া প্রভৃতি শরীর-জীর্ণকর কারণেও অক্ষিপুটের চর্ম্ম ও টিসু শিথিল হইয়া, এই রোগ ঘটিয়া থাকে। ঊর্দ্ধপুটে কোন প্রকার আঘাত লাগিয়া লিভেটর প্যাল্পিব্রি পেশী ছিন্ন ভিন্ন হওত, অথবা উপদংশ, টিউমার, হ্যাপোপ্লেক্সি প্রভৃতি কোন কারণে ৩য় স্নায়ু বা তাহার লিভেটার প্যাল্পিব্রি-পোষক শাখা পক্ষাঘাত প্রাপ্ত হইয়া সচরাচর এই রোগ জন্মে।

চিকিৎসা।—তৃতীয় স্নায়ুর প্যারালাইসিসের চিকিৎসা গ্রন্থশেষে বর্ণিত হইয়াছে। যাহাহউক, ঔষধে আরোগ্য না হইলে, তাড়িত বা ফ্যারাডি ব্যাটারির আশ্রয় গ্রহণ অত্যাবশ্যক। ইহাতে তাম্রের চুড়ি ললাটদেশে অথবা গণ্ডদেশে সংলগ্ন করিতে হয়, এবং দস্তার চুড়ি পুটোপরি বুলাইতে হয়। প্রতিবারে স্বল্প উত্তেজনায় অর্দ্ধ মিনিট মাত্র ব্যাটারির আশ্রয় লইতে হয়। ইহাতেও আরোগ্য না হইলে, অস্ত্রসাধন অবশ্য প্রয়োজনীয় হইয়া

পড়ে। মেলেরিয়া প্রযুক্ত হইলে, কুইনাইন ও ওপিয়ম প্রভৃতি মেলেরিয়া নাশক, ঔষধ, বিশেষত আয়রণ ও ষ্ট্রীকনিয়ার সহিত আর্সেনিক ব্যবহার করা উচিত। যাহাহউক, উপদংশ, টিউমার ও এপোপ্লেক্সি প্রযুক্ত, স্নায়ু ও মস্তিষ্ক পীড়িত হইয়া এই রোগ উৎপন্ন হইলে, বগে ইস্ ও ব্লিষ্টার প্রয়োগ, এবং স্নায়ু-বলকর ও আইওডাইড অব পোটাসিযম প্রভৃতি ঔষধ, পরিপাক শক্তির অবস্থা বিবেচনা করিয়া ব্যবস্থিত হইয়া থাকে। জন্মসহজাত স্থল অতি বিরল; এবং তাহাতে উভয় চক্ষুর অক্ষিপুটই সমভাবে পীড়িত হইয়া থাকে। এইরূপ স্থলে, এবং আঘাতজনিত ও চর্ম্মের শিথিলতা প্রযুক্ত স্থলে, ঔষধ সেবনে কোন প্রকার ফল দর্শে না। তদ্বিধ স্থলে, অস্ত্রসাধনই পরামর্শসিদ্ধ।

এক্ষণে অবস্থা ও সুবিধা বুঝিয়া এই অস্ত্রসাধন করিতে হয়। কোন কোন স্থলে, আইরিডেক্টমী অথবা আইরিডেসিস্ অস্ত্রসাধনে, পুটপতন সত্ত্বেও দৃষ্টির ব্যাঘাত অপনীত হয়। "উৰ্দ্ধপুট হইতে সামান্য একখণ্ড মাংস কর্ত্তন না করিয়া উর্দ্ধপুটের সমুদয় পক্ষ্মপ্রান্তের সমান্তর ২ লাইন অন্তরে একটী চিরিয়া দেওয়া বিধেয়। পরে, এই বিদারিত স্থান ফাঁক করিয়া, চর্ম্মনিম্নস্থ সেলুলার টিস্থ কিঞ্চিৎ ছেদন করত, অধিকাশ অর্ব্বিকিউলেরিজ পেশী অনাবৃত করিতে হয়। এক্ষণে একখানি ফর্সেপ্স্ দ্বারা এই পেশী ধরিয়া, ½ ইঞ্চি বিস্তারে ও অক্ষিপুটের দৈর্ঘ্যে, তথা হইতে একখণ্ড পেশী কর্ত্তন করিতে হয়। এই কর্ত্তন সময়ে, যাহাতে নিকটবর্ত্তী ফেসিয়া আঘাতিত না হয়, এরূপ সাবধান হওয়া উচিত। অতঃপর চর্ম্ম ও অর্ব্বিকিউলেরিজের ছিন্ন উৰ্দ্ধপ্রান্ত ভেদ করিয়া, তিনটি সুচার দ্বারা এই অস্ত্রাহত স্থান আবদ্ধ করিতে হয়"। এই অস্ত্রসাধনে, অর্বিকিউলেরিজ পেশীর ক্ষমতার হ্রাস হয়; সুতরাং লিভেটর প্যাল্পিব্রি পেশীর ক্ষমতার বৃদ্ধি হওয়ায়, উর্দ্ধপুট স্বেচ্ছায় উন্মিলিত করিতে পারা যায়। ডাং প্যাজেনষ্ট্রেচার ও প্যানসের অস্ত্রসাধন বাহুল্যভয়ে বর্ণিত হইল না।

অর্ব্বিকিউলেরিজ পেশীর পক্ষাঘাত।

ল্যাগপথ্যালমস্ (Lagophthalmos)।—এই রোগ অপেক্ষা টোসিস রোগ সচরাচর অধিক হইতে দেখা যায়। এই রোগে, পীড়িত উর্দ্ধপুট উন্মিলিত করিতে পারা যায় বটে, কিন্তু অধঃপুট স্বভাবতঃ অসম্পূর্ণ উন্নত থাকায়, উর্দ্ধপুট সম্পূর্ণরূপে মুদিত করা যায় না। সুতরাং পংটা স্থানান্তরিত ও অক্ষিগোলক আংশিক অনাবৃত হওযায়, বায়ু ও ধূলি স্পর্শে কনজংটাইভা ও কর্ণিয়া প্রদাহিত, অশ্রুনিঃসরণ, কর্ণিযায় ক্ষত, প্যানস্ ও জারপথ্যালমিয়া প্রভৃতি রোগের উৎপত্তি করে। এই রোগে, মুখমণ্ডলের তদ্দিকস্থ ৭ম স্নায়ু দ্বারা পরিপোষিত অন্যান্য পেশীতেও পক্ষাঘাত হইযা থাকে। কিন্তু তত্তৎস্থান স্পর্শজ্ঞান রহিত হয না।

কারণ।—বাত, উপদংশ, চিবুকমূলে টিউমার, স্থানিক আঘাত, অথবা শৈত্যস্পর্শে এবং মস্তিষ্কে টিউমার, রক্তস্রাব ও রক্ত-সংঘাতে, এই রোগ উৎপন্ন হয। এই রোগকে 'বেলস্ পল্‌সী' কহে; এবং এই রোগে চক্ষু মুদিত না হওয়ায়, চক্ষু দেখিতে খরগসের চক্ষুর ন্যায হয বলিয়া, ইহাকে ল্যাগ-পথ্যালমস্ অর্থাৎ শশনয়ন শব্দে উল্লেখ করা যায।

চিকিৎসা।—অধিকাংশ স্থলে, এই রোগ স্বযং উপশমিত হইয়া থাকে। যদি সেঁক, ব্লিষ্টার, প্রলেপ এবং তাড়িত ব্যাটারি স্পর্শে পীড়িত পেশী সঙ্কুচিত না হয, তবে এই রোগ আরোগ্য হওযা দুর্ঘট। কারণ অনুমান করিয়া, ষ্ট্রীকনিয়া, ভেরাট্রিযম্, তাড়িত ব্যাটারি, আইওডাইড অব পোটাসিয়ম ও কুইনাইন প্রভৃতির ব্যবস্থা, এবং টিউমার নিষ্কাশন প্রভৃতি প্রয়োজন হয। ধূলি, বায়ু ও রৌদ্র নিবারণার্থে চক্ষুতে পর্দা ব্যবহার এবং রাত্রিকালে শিথিলভাবে ব্যাণ্ডেজ বাঁধিয়া রাখা উচিত। ২।৩ খানি প্লাষ্টার দ্বারা অক্ষিপুট মুদিত, অথবা ২।৩ মাসের জন্য ২।৩টী সুচার দ্বারা উভয় পুট আবদ্ধ রাখিতে পারিলে, অনেক উপকার সম্ভাবনা। পেশী পক্ষাঘাতের চিকিৎসাও দেখ।

ব্লেফারস্প্যাজম (Blepharospasm)।—পঞ্চম স্নায়ু কোন কারণে প্রদাহিত হইলে, তদ্দ্বারা অর্বিকিউলেরিজ পেশীর আক্ষেপ হইয়া, অক্ষিপুটকে অক্ষিগোলকোপরি এরূপ আকুঞ্চিত রাখে যে, চক্ষু উন্মিলিত করিয়া রাখা

রোগী ও চিকিৎসক উভয়েরই দুঃসাধ্য। অপিচ, পেশীর এই খেঁচন সাময়িক বা স্থায়ী, স্বল্প বা অতিরিক্ত, অথবা যন্ত্রণাপ্রদ, সকল প্রকারই হইতে পারে। ইহাতে অপর চক্ষুটীও তুল্যরূপে পীড়িত হইতে পারে, এবং মুখমণ্ডল, গ্রীবাদেশ ও হস্তপদ-প্রান্তের পেশী সকলও খেঁচিতে পারে।

বালকদিগের পিউরিউলেণ্ট অথবা ষ্ট্রুমস অপথ্যালমিয়া, গ্রানিউলার কনজংটিভাইটিস, কর্ণিয়ার ক্ষত রোগ, এবং কনজংটাইভা অথবা কর্ণিয়ায় কোন বাহ্য পদার্থের নিবেশন, প্রভৃতি চক্ষুর যে সকল প্রদাহে, আলোকভীতি অতিরিক্ত হইয়া থাকে তথায়, এবং দৌর্ব্বল্য প্রযুক্ত রেটিনায় আলোকজ্ঞানের আধিক্য, এবং মেলেরিয়া, বাত, হঠাৎ শৈত্যস্পর্শ, পরিপাকশক্তির বিশৃঙ্খলা, এবং সুপ্রা অর্বিটাল প্রদেশে পঞ্চম স্নায়ুর শৈরিক যাতনা (নিউরেলজিয়া) প্রভৃতি কারণে এই রোগ হইতে দেখা যায়।

চিকিৎসা।—শতকরা ৪ ভাগ কোকেন লোশন দিয়া পতিত পদার্থ নিষ্কাশন, কনজংটাইভা অথবা কর্ণিয়ার পীড়া উপশমন, এবং দুর্ব্বলতাজনিত স্থলে, সিনকোনার সহিত টিং বেলেডোনা, অথবা কোন প্রকার আয়রণ সেবন করা উচিত। নীলাভ চসমা ব্যবহার এবং মেলেরিয়া ও বাত এই রোগের কারণ হইলে, তদনুরূপ চিকিৎসা করিতে হয়। শীতল জলে মস্তক নিমজ্জন, স্রোতস্বতী নদীজলে স্নান, এবং নিউরেলজিয়া স্থলে, যে স্থান টিপিলে এই খেঁচন নিবৃত্তি পায়, সেই স্থানে (ভ্রূদেশের উর্দ্ধ ও অধঃ) $\frac{1}{8}$ হইতে $\frac{1}{6}$ গ্রেণ মর্ফিয়ার পিচকারি দেওয়া ও পূর্ণমাত্রায় কুইনাইন সেবন করা উচিত। ফ্যারাডি ব্যাটারি এই রোগে প্রযোজ্য হইয়া থাকে। যাহাহউক, এই সকল উপায়ে পীড়া আরোগ্য না হইলে, টিনেটমী অস্ত্রসাধনোপযোগী ছুরিকা দ্বারা উক্ত ৫ম স্নায়ুকে ছেদন করিলে, অর্বিকিউলেরিজের এই খেঁচন নিবৃত্তি করিতে পারা যায়। পোকা লাগা ক্ষয়িত দন্ত উৎপাটন, অথবা পঞ্চম স্নায়ুর শাখাক্রান্ত শুষ্ক ক্ষতচিহ্ন ছেদন করিয়াও, এই রোগ হইতে অব্যাহতি পাইয়াছে, এরূপ প্রমাণ পাওয়া যায়।

নিক্টিটেশন (Nictitation.)।—পূর্ব্বোক্ত রোগের কোন দূরবর্ত্তী কারণে, অর্ব্বিকিউলেরিজ পেশীর খেঁচনে, কখন কখন পুটদ্বয়, বিশেষতঃ

ঊর্দ্ধপুট অতি শীঘ্র শীঘ্র পুনঃপুনঃ মুদিত ও উন্মিলিত হইতে থাকে। রোগী ইচ্ছা করিলেও এই পলক-পড়া নিবৃত্তি করিতে পারেন না। স্নায়ু-প্রবল, ভীতস্বভাবাপন্ন, দুর্ব্বল ও সতত বৃথা-দুশ্চিন্তিত ব্যক্তিরাই, বিশেষতঃ হিষ্টিরিয়া ও কোরিয়া রোগগ্রস্থ স্ত্রীলোকেরা এবং হাইপারমিট্রোপিয়া রোগে চসমা ব্যব্যহার না করিয়া, এই রোগ ঘটিতে দেখা যায়।

চিকিৎসা।—বক্রপক্ষ, সামান্য কনজংটিভাইটিস, এবং যে সকল দূরবর্ত্তী প্রদাহে অর্বিকিউলেরিজে এই ঘটনা ঘটে, তৎসমুদয় অপনীত করা, এবং দুর্ব্বলতা স্থলে, আয়রণ ও সমুদ্র-বায়ু সেবন প্রভৃতি স্বাস্থ্যকর ব্যবস্থা, নির্জ্জন বাস, এবং, হাইপারমিটোপিয়া হইলে উপযুক্ত চসমা গ্রহণ, এই রোগের চিকিৎসা। চক্ষুতে কোন প্রকার এরোমেটিক ও ষ্টিমুলেটিং লোশন ব্যবহারেও এই রোগ তিরোহিত হইতে পারে। অন্ত্রের কোন বিশৃঙ্খলা প্রযুক্ত হইলে, তন্নিবারণ করা উচিত; এবং কোরিয়া এই রোগের কারণ হইলে ½ ড্রাম হইতে ৩ ড্রাম মাত্রায় প্রত্যহ ২ বার সকস কোনাই সেবন করিয়া তাহার কার্য্যকারিতা দেখিতে হয়।

ট্রাইকিয়েসিস্ ও ডিস্টিচিয়েসিস্।

TRICHIASIS & DISTICHIASIS.

সমস্ত অথবা কিয়দংশ পুটের পক্ষ সকল বিশৃঙ্খলরূপে ও ক্ষুদ্র হইয়া উদ্ভূত হওত, অক্ষিগোলকাভিমুখে অল্প বা অধিক বক্র হইলে, তাহাকে ট্রাইকিয়েসিস্ শব্দে উল্লেখ করা যায়। কখন কখন এক অক্ষিপুটে দুইটী পক্ষবীথিকা দৃষ্ট হয়। একটী যথাস্থানে ও অপরটী তাহার কিঞ্চিৎ পশ্চাতে অক্ষিগোলকের অভিমুখে বক্র হইয়া থাকে। ইহাকেই ডিস্টিচিয়েসিস রোগ কহে। কিন্তু এই দুই রোগে অক্ষিপুট প্রকৃত অবস্থায় থাকে। বক্র পক্ষ সকল ক্ষুদ্র ও বিবর্ণ, অক্ষিগোলক সর্ব্বদা উহাদের ঘর্ষণে সতত উত্তেজিত এবং কর্ণিয়া ক্ষত ও প্যানস্ রোগগ্রস্ত হইয়া চক্ষুর বিলক্ষণ অনিষ্ট করে।

কারণ।—পিউরিউলেণ্ট অথবা গ্রানিউলার কনজংটিভাইটিস্ প্রভৃতি দীর্ঘকালস্থায়ী কনজংটাইভার প্রদাহে, দীর্ঘকাল স্থায়ী টিনিয়া টার্সাই প্রভৃতি

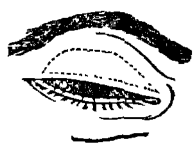
পুটপ্রান্তের প্রদাহে, এবং পক্ষ্মমূলে ক্ষত কিম্বা ক্ষুদ্র স্ফোটক অথবা পুটপ্রান্ত কাটিয়া বা পুড়িয়া গিয়া, এই রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—রোগের আধিক্য ও বিস্তার অনুসারে বক্রপক্ষ্ম রোগের চিকিৎসার তারতম্য ঘটে। যদি কতকগুলি অর্থাৎ ২।৪টী মাত্র পক্ষ্ম বক্র থাকে, তবে রোগী স্বয়ং অথবা চিকিৎসক ফর্সেপ্স্ দ্বারা অতিসাবধানে উহাদিগকে একে একে পুটপ্রান্তের নিকটে ধরিয়া, পুনঃপুনঃ উৎপাটন করিলে, মূল বিনষ্ট হওয়ায়, উহারা পুনরুৎপন্ন হইতে পারে না। কিন্তু উহাদের মূল এরূপে প্রায়ই বিনষ্ট হয় না। অধিকন্তু, পুনঃপুনঃ উৎপাটনে চক্ষু উত্তেজিত হইয়া রোগীর বিলক্ষণ বিরক্তিকর হইয়া উঠে। মূল বিনষ্ট করিতে হইলে কষ্টিকে নিমজ্জিত একটী সূক্ষ্ম শলাকা, উৎপাটিত পক্ষ্মের ছিদ্র মধ্য দিয়া পুটপ্রান্ত হইতে ২ লাইন অন্তরস্থিত উহাদের প্রত্যেকের মূলে প্রবেশিত করিতে হয়। অনেকে নাইট্রেট অব সিলভারের পরিবর্ত্তে উক্ত শলাকায় লাইকর পোটাসি অথবা তরল পোটাসি ফিউজা ব্যবহার করেন। উগ্র কষ্টিক্ সলিউশন অর্থাৎ সল্ফ হাইড্রেট অব কাল্সিয়ম ব্যবহৃত হইলে, তাহা গণ্ডদেশ ও কনজংটাইভায় গড়াইয়া তত্তৎস্থানকে প্রদাহিত করে বলিয়া, উক্ত গণ্ডদেশাদি অগ্রে তৈলাক্ত করা বৈধ; এবং অক্ষিপুট উত্তমরূপে উল্টাইয়া অতিসাবধানে উক্ত ঔষধ ব্যবহার করা উচিত। অপিচ, কেহ কেহ উত্তপ্ত শলাকা দ্বারা পক্ষ্মমূল দগ্ধ করিয়া এই রোগের চিকিৎসা করেন। যাহাহউক, এবম্বিধ চিকিৎসায় উক্তস্থান ম্যাডারোসিস্ রোগের ন্যায় চিরকালের নিমিত্ত পক্ষ্মহীন হইয়া রহে।

সমস্ত অথবা অধিকাংশ পক্ষ্ম বক্র থাকিলে, উপর্য্যুক্ত উপায়ে চিকিৎসা না করিয়া, এন্‌ট্রোপিয়ন রোগের ন্যায় অস্ত্রচিকিৎসা করা বৈধ। ভন্ গ্রেফি, ও হার্ডেনষ্টিন প্রভৃতি ইউরোপীয় ডাক্তারেরা এই উভয়বিধ রোগে বহুবিধ অস্ত্রসাধন করিয়া থাকেন। তন্মধ্যে এস্থলে আমি ডাং আর্লট সাহেবের বর্ণিত উপায় বিবৃত করিতেছি। কারণ ডাং কেলি প্রভৃতি অস্ত্রচিকিৎসকগণ এতদ্দেশে সেইরূপ অস্ত্রসাধনই করেন।

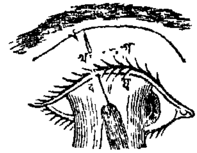
"রোগী ক্লোরোফর্ম্মের আঘ্রাণে অচৈতন্য হইলে, অক্ষিপুটে স্নেনেল্

সাহেবের ক্ল্যাম্প দৃঢ় লগ্ন করিতে হয়। পরে, একদিকে পক্ষ্মসমষ্টি ও অপর-দিকে মিবোমিয়ান ডক্ট সকলের মুখ, ইহাদের ঠিক মধ্যবর্ত্তী স্থানে বরাবর সমুদায় পুটপ্রান্ত ২ লাইন গভীর পর্য্যন্ত, চিরিয়া দিয়া অক্ষিপুটকে ২টী পর্দ্দায় বিভক্ত করিতে হয়। উপরের পর্দ্দায় বাহ্য চর্ম্ম, পক্ষ্ম ও পক্ষ্মমূল প্রভৃতি এবং অন্তর্দ্দিকস্থ পর্দ্দায়, কার্টিলেজ এবং মিবোমিয়ান ডক্ট সকল থাকে। যাহাহউক, এইরূপ চিরিবার সময় যাহাতে পংটম্ আহত না হয়, এরূপ সাবধান হওয়া উচিত। অতঃপর অক্ষিপুটের বাহ্যদেশে পক্ষ্মসমষ্টি হইতে দুই লাইন অন্তরে, এবং পুটপ্রান্তের সমান্তরভাবে, চর্ম্ম ও অর্ব্বিকিউলেরিজ পেশী ভেদ করত, কার্টিলেজ পর্য্যন্ত গভীর আর একটী চির দিতে হয়। এই শেষোক্ত বিদীর্ণ স্থানের দৈর্ঘ্য উভয়দিকেই পূর্ব্ববিভেদিত পুটপর্দ্দার দৈর্ঘ্য অপেক্ষা কিঞ্চিৎ বৃহৎ হওয়া উচিত। এক্ষণে, এই দ্বিতীয় চিরের একপ্রান্ত হইতে অপর প্রান্ত পর্য্যন্ত, অর্দ্ধ বৃত্তাকারে দ্বিতীয় চিরের ন্যায় উপরের দিকে তৃতীয় আর একটী



চির দিয়া, দ্বিতীয় ও তৃতীয় চিরের মধ্যবর্ত্তী অর্দ্ধবৃত্তাকার স্থানের চর্ম্ম (চিত্র দেখ) ফর্সেপ্স্ দ্বারা ধরিয়া, ছুরিকা অথবা কাঁচি দ্বারা কাটিয়া লওয়া উচিত। কিন্তু তৎসময়ে, যাহাতে অর্ব্বিকিউলেরিজ পেশী আঘাতিত না হয়, এরূপ যত্ন করিতে হয়। অপিচ, যতদূরের পক্ষ্ম উল্টাইতে হইবে, তদনুসারে দ্বিতীয় ও তৃতীয় চির এবং তদন্তর্ব্বর্ত্তী চর্ম্ম-কর্ত্তন গভীর এবং বিস্তৃত করিতে হয়। কারণ, অক্ষিপুট বক্র না হইলে, বক্রপক্ষ্ম রোগে সামান্য মাত্র চর্ম্ম কর্ত্তিত করিয়া লইলেই যথেষ্ট হয়। যাহাহউক, তদনন্তর দ্বিতীয় ও তৃতীয় চিরের প্রান্ত সূক্ষ্ম ৩।১টী সূচার দ্বারা আবদ্ধ করিলে, প্রথমোক্ত পুটচ্ছেদের উপরের পর্দ্দা, পুট প্রান্ত ও পক্ষ্মসকলের সহিত বহির্দ্দিকে এরূপ সরিয়া আইসে যে, ক্ষত আরোগ্য হইলে, ট্রাইকিয়েসিস অথবা এন্ট্রোপিয়ন রোগও আরোগ্য হইয়া যায়; এবং বক্রপক্ষ্ম দ্বারা অক্ষিগোলক আর অধিক ঘর্ষিত হইবার সুযোগ পায় না। ২।৪টি পক্ষ্ম বক্র হইলে এবং তাহা মধ্যস্থলে হইলে অর্থাৎ উভয়দিগের অপাঙ্গ দেশে না হইলে, ডাং আর্গাইল বরার্টসন সূচে রেশম বা চুল পরাইয়া উক্ত পক্ষ্ম নিকটবর্ত্তী পাতার প্রান্তে বিদ্ধ করিয়া

সেই সূত্রের মধ্যে বক্র পক্ষ্ম ঢুকাইয়া সূত্র আঁটিয়া রাখেন এবং রোগীকে ২।১০ দিন সাবধানে থাকিতে বলেন। অপেক্ষাকৃত অধিক স্থানের পক্ষ্ম বক্র হইলে, পার্শ্বস্থ চিত্রের ন্যায় একটী নিডলে রেশম পরাইয়া তাহা যে স্থান হইতে পক্ষ্ম বক্র তৎস্থানে পাতার চর্ম্ম ও কঞ্জংটাইভার



মধ্যস্থান ক হইতে বিদ্ধ করিয়া বহিশ্চর্ম্মে খ স্থানে তুলিয়া এবং গ স্থানে বিদ্ধ করিয়া ঘ স্থানে খুলিয়া রেশম আঁটিয়া বাঁধিতে হয়। পূয ঘটিয়া রেশম পড়িয়া যাইলে, সেই প্রদাহে পক্ষ্মমূল বিনষ্ট হইয়া সকল বিপদ দূরীভূত হয়।

এন্‌ট্রোপিয়ন্। (ENTROPIUM)

অক্ষিপুটের প্রান্তদেশ অক্ষিগোলকের অভিমুখে অল্প বা অধিক বক্র হইয়া যাইলে, তাহাকে এণ্ট্রোপিয়ম রোগ কহে। অক্ষিপুট বক্র হইলে, বক্র পুট ও বক্র পক্ষ্ম ঘর্ষণে কর্ণিয়া প্রদাহিত, ঘৃষ্ট ও ক্ষতযুক্ত হইতে পারে।

স্থায়ী এণ্ট্রোপিয়ন রোগে, বক্র পুটপ্রান্ত টানিয়া দেখিলে, উহা প্রদাহিত ক্ষত-বিক্ষত, আকুঞ্চিত ও উচ্চাবচ দেখায়। পক্ষ্ম সকল বিরল ও বিশৃঙ্খলরূপে উদ্ভূত এবং ট্রাইকিয়েসিস রোগের ন্যায় ক্ষুদ্র ও কোঁকড়ান। চক্ষু, ক্ষুদ্র ও কোটরমগ্ন বলিয়া বোধ হয়; এবং পুটচর্ম্ম শিথিল না হইয়া বিতানিত থাকে। দীর্ঘকালস্থায়ী গ্রানিউলার এবং পিউরিউলেণ্ট কনজংটিভাইটিস রোগে এবং পুটীয় কনজংটাইভার ও পুটপ্রান্তের প্রদাহে, বিশেষতঃ তত্তৎস্থলে আলোকভীতি ও ব্লেফারস্পাজম রোগ থাকিলে, দীর্ঘকালস্থায়ী ট্রাইকিয়েসিস রোগে ক্ষুদ্রাকৃতির কোটরমগ্ন চক্ষুতে, এবং পুটীয় কনজংটাইভায় চূর্ণ পতিত হইলে, অথবা তাহা কোন প্রকারে দগ্ধ বা ঘৃষ্ট হইলে এবম্বিধ রোগ হইয়া থাকে। এই রোগে বহু কষ্টে, অক্ষিপুট উল্টাইয়া দেখিলে, পুটীয় কনজংটাইভায় ক্ষতশুষ্কের চিহ্ন দেখা যায়। যাহাহউক, এই রোগেও পক্ষ্মঘর্ষণে কর্ণিয়ার অনিবার্য্য বিপদ ঘটিতে পারে। ছানি তুলিবার অস্ত্রসাধনের পরে শিথিলচর্ম্ম বৃদ্ধব্যক্তিদিগের চক্ষুতে অধিক দিবস ক্রমাগত ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করিয়াও নিম্নপুটে এই রোগ ঘটে। এরূপ স্থল প্রায়ই সামান্য খেঁচনজনিত।

চিকিৎসা।—সামান্য খেঁচনজনিত স্থলে, ব্যাণ্ডেজ বন্ধনাদি রহিত করিয়া ও অক্ষিপুটকে স্বস্থানে আনিয়া, উহার বাহ্য চর্ম্মে প্রতি দ্বিতীয় অথবা তৃতীয় দিবসে, কলোডিয়ন প্রলেপিত অথবা প্রত্যহ রবার প্ল্যাষ্টার লগ্ন রাখিতে হয়। কিঞ্চিৎ গুরুতর স্থলে, এনট্রোপিয়ম ফর্সেপ্স্ দ্বারা প্রয়োজনাস্বরূপ এক পর্দা পুটচর্ম্ম, পুটপ্রান্তের সমান্তরভাবে ধরিয়া, একখানি বক্র কাঁচি দ্বারা তাহা ছেদন করিতে হয়। আবশ্যক হইলে, এই অর্দ্ধচন্দ্রাকার ছিন্ন স্থান হইতে, অর্ব্বিকিউলেরিজ পেশী পর্য্যন্ত কিয়দংশ টিস্যুও ছিন্ন করিতে পারা যায়। ইহাতে সুচার ব্যবহার না করিয়া, রক্তক্ষরণ রুদ্ধ হইলে, প্যাড ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষু শিথিলভাবে আবৃত রাখিলে, ২।৩ দিনের মধ্যেই অক্ষিপুট স্বস্থানে নীত হয়। এই অস্ত্রসাধনে যাহাতে পংটম্ উল্টাইয়া না আইসে, এরূপ সাবধান হওয়া অত্যাবশ্যক।

স্থায়ী এনট্রোপিয়ম রোগে, বহুবিধ অস্ত্রসাধন হইয়া থাকে। তন্মধ্যে, ডাং কেলি সাহেব সচরাচর যেটী অবলম্বন করেন, তাহা ট্রাইকিয়েসিস রোগে বর্ণিত হইয়াছে। প্রয়োজন হইলে, সেই অস্ত্রসাধন করিবার অগ্রে, উভয় পুটের কপোলদিকস্থ অপাঙ্গসন্ধিস্থল চিরিয়া পুটস্ফুরণ বৃদ্ধি করিতে পারা যায়। যাহাহউক, বাহুল্যভয়ে এস্থলে অপরাপর অস্ত্রসাধন বর্ণিত হইল না।

একট্রোপিয়ন। (ECTROPIUM)

এইরোগে, অক্ষিপুট বাহিরের দিকে অল্প বা অধিক পরিমাণে উল্টাইয়া আইসে; সুতরাং পুটীয় কঞ্জংটাইভা অনাবৃত হইয়া পড়ে। সচরাচর অধঃপুটেই এই রোগ ঘটে।

কারণ।—আঘাত লাগিয়া, অথবা লিউপস প্রভৃতি ক্ষত রোগান্তে, পিউরিউলেণ্ট ও গ্রানিউলার কঞ্জংটিভাইটিস রোগে, অক্ষিকোটরের টিউমার, স্ফোটক ও কেরিজ রোগান্তে, এবং বালকদিগের পক্ষে, ঔষধ প্রদানার্থ পুনঃপুনঃ অক্ষিপুট উল্টাইলে, ও বৃদ্ধব্যক্তিদিগের পক্ষে অর্বিকিউলেরিজ পেশী শিথিল হইলে, এই রোগ ঘটে। পংটমের স্থানান্তরতা ও তজ্জনিত অশ্রু-

নিঃসরণ এবং অক্ষিপুটের দৈর্ঘ্যবৃদ্ধি এই রোগের আনুষঙ্গিক উপসর্গ। কখন কখন স্ফীত পুটপ্রান্ত পচিয়া যায়। দীর্ঘকালস্থায়ী হইলে, আক্ষিক কঞ্জংটাইভা বিবর্ণ হয় ও পুটীয় কনজংটাইভা আরক্তিম চর্ম্মের আকৃতি ধারণ করে; এবং কর্ণিয়া অনাবৃত থাকায়, তথায় ক্ষত ও অস্বচ্ছতা প্রভৃতি বহুবিধ অনিষ্ট ঘটে।

চিকিৎসা।—কনজংটাইভার প্রদাহ ও কিমোসিস্ জনিত স্থলে, রোগের প্রারম্ভ হইতেই ব্যাণ্ডেজাদি বন্ধন দ্বারা অক্ষিপুটকে স্বস্থানে নীত রাখিতে হয়। ইহাতেও আরোগ্য না হইলে, বিশেষতঃ কিমোসিস অত্যন্ত হইলে, তথায় বাতি কষ্টিক স্পৃষ্ট করিয়া তৎক্ষণাৎ সেই স্থান লবণ জল দ্বারা ধৌত করা বিধেয়। অতঃপর উক্ত কনজংটাইভা চাঁচিয়া লইলে, এবং ব্যাণ্ডেজাদি বন্ধন করিতে থাকিলে, অক্ষিপুট সচরাচর স্বস্থানে নীত হইয়া থাকে। কখন কখন পুটপ্রান্তের সমান্তর এবং অক্ষিপুটের দৈর্ঘ্য অনুসারে, একখণ্ড অর্দ্ধচন্দ্রাকার কনজংটাইভা কর্ত্তন করিয়াও এইরোগ হইতে অব্যাহতি পাওয়া যায়। সামান্যতর স্থলে, উল্টান পুটপ্রান্তে কিয়দ্দিবস প্রত্যহ প্রাতঃসন্ধ্যা হাইড্রার্জ অক্সাইড রুব্রাই অয়েণ্টমেণ্ট (৮৫ ব্য) প্রলেপিত করিয়া বিশেষ উপকার দর্শে, এবং তাহাতে আরোগ্য না হইলে, উল্টান অক্ষিপুট কিঞ্চিৎ টানিয়া ধরিয়া ও বারম্বার তাহাকে কোকেন দিয়া অসাড় করিয়া এবং অনাবৃত কনজংটাইভা একখণ্ড কোমল বস্ত্রদ্বারা অনার্দ্র করিয়া, তদুপরি নাইট্রিক এসিডে নিমজ্জিত একটী কাচশলাকা, অতি সাবধানে পুটপ্রান্ত হইতে ⅙ ইঞ্চি অন্তরে পুটপ্রান্তের সমান্তরভাবে বুলাইয়া আনিতে হয়; এবং তৎক্ষণাৎ পিচকারি দিয়া তৎস্থান হইতে অতিরিক্ত নাইট্রিক এসিড ধৌত করিয়া দিতে হয়। কাচশলাকায় এসিড লাগাইতে সাবধান না হইলে, উহা কঞ্জংটাইভায় ব্যাপ্ত হইয়া অসীম অনিষ্ট ঘটায়। অতঃপর এইস্থানে সুইট অয়েল প্রলেপিত করিয়া, প্যাড ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা অক্ষিপুট আবদ্ধ রাখিতে হয়। সপ্তাহে একবার করিয়া, মাসাবধি এইরূপ করিলে, সচরাচর এই রোগ আরোগ্য হইয়া যায়। যদি পংটম্ স্বস্থানে নীত না হয়, তবে ক্যানালিকিউলস চিরিয়া দেওয়া বিধেয় (২৩২ পৃষ্ঠা দেখ)। নাইট্রিক এসিডের পরিবর্ত্তে, নাইট্রেট অব সিলভার প্রভৃতি দাহক ঔষধ ব্যবহৃত

হইতে পারে। একট্রোপিয়ম রোগে কার্টিলেজ বৃদ্ধি পাইয়া অক্ষিপুটের দৈর্ঘ্য বৃদ্ধি হইলে, ত্রিভুজাকার একখণ্ড কনজংটাইভা (যাহার ভূমি পুট-প্রান্তে থাকে, এমত করিয়া) ছেদন করিয়া আনিতে হয়। যাহাহউক, ডিফেনব্যাক্, ভন গ্রেফি ও জোনস্ প্রভৃতি ইউরোপীয় ডাক্তারগণ অবস্থাভেদে বহুতর উপায়ে অস্ত্রসাধন করিয়া, এই রোগ আরোগ্য করিয়া থাকেন। গ্রন্থ-বাহুল্যভয়ে তৎসমস্ত বিবৃত হইল না। ডিফেনব্যাক ও ফ্রিকি প্রভৃতি অস্ত্র-চিকিৎসক ক্ষতকলঙ্কজ একট্রোপিয়ম রোগে, ললাট, গণ্ড অথবা নাসিকা হইতে প্রয়োজনমত একখণ্ড চর্ম্ম কর্ত্তন করিয়া, অক্ষিপুটের নিকটস্থ ক্ষতকলাঙ্কত চর্ম্ম উন্মোচিত করত, তথায় সেই চর্ম্ম সংস্থাপন করিতে অনুমতি দেন। টার্সো-র‍্যাফিক্ ও ব্লেফারোপ্ল্যাষ্টি নামক অস্ত্রসাধন গুরুতর রোগোপশমনার্থেই উপদিষ্ট হইয়া থাকে। কিন্তু এস্থলে, তৎসমুদায় বিবৃত করা অনাবশ্যক।

আঘাতাদি দুর্ঘটনা।

রক্তসংঘাত ও নিষ্পেষণ।—(Ecchymosis and Contusions)—হঠাৎ পতিত হইয়া অক্ষিকোটরের প্রান্তে ও অক্ষিপুটে আঘাত লাগিলে, অথবা অন্য কোন প্রকার আঘাতে অক্ষিপুটের শিথিল সেলুলার টিসুতে রক্ত জমিয়া যায় সুতরাং সেই স্থান কৃষ্ণবর্ণ হইয়া তথায় কালশিরে পড়ে। পরে ক্রমে তন্নিকটস্থ প্রদেশ আক্রান্ত হয়। অক্ষিকোটরাস্থি ভগ্ন হইয়াও কখন কখন অক্ষিপুটে কালশিরে (Ecchymosis) পড়ে। কিন্তু, তাহাতে আহত স্থান কিঞ্চিৎ কাল বিলম্বে এরূপ কৃষ্ণবর্ণ হয় ও অক্ষিপুট স্ফীত হইয়া থাকে। যাহাহউক, এই রোগজ অক্ষিপুটের কৃষ্ণবর্ণ, ক্রমে নীল, লোহিত, হরিৎ ও পীতাদি বর্ণে পরিবর্ত্তিত হইয়া, ২।৩ সপ্তাহের মধ্যে স্বয়ং বিলীন হইয়া যায়। এরূপ স্থলে পুয় ঘটিতে প্রায়ই দেখা যায় না।

চিকিৎসা।—প্রথমাবস্থায় মুহুর্মুহু শীতল অথবা বরফ জলে অথবা কোল্ড ইভাপোরেটিং লোশনে (৩০, ৩১, ৩২ ব্য) পীড়িত স্থান লিণ্ট দ্বারা সিক্ত রাখিলে এবং ব্যাণ্ডেজাদি বন্ধন করিলে, সংহতরক্ত ও কালশিরে আশোষিত হইয়া যায়। টিং আর্ণিকা তুলিকা দ্বারা প্রলেপন অথবা তাহার লোশন ও লেড লোশন (৭।৮।৯।২৮ ব্য) এই রোগের প্রসিদ্ধ ঔষধ। মিউরিয়েট অব

এমোনিয়া লোশনও এই রোগে ব্যবহৃত হয়। সচরাচর লোকে ময়দার সহিত, কৃষ্ণবর্ণ ব্রায়নি বৃক্ষের, কিঞ্চিৎ মূলের পোল্টিস করিয়া পীড়িত স্থানে প্রদান করিয়া থাকে। কিন্তু উহা সচরাচর সুখপ্রাপ্য নহে যাহাহউক, উক্তস্থান বিদ্ধ করা উচিত নহে। কারণ তাহাতে পূয়-সংঘটন ও ইরিসিপিলাস প্রভৃতি প্রদাহ উপস্থিত হইতে পারে।

আঘাত (Wounds)।—অবস্থান ও আকৃতিভেদে অক্ষিপুটের বিদ্ধাঘাতে বিপদ আশঙ্কা করা যায়। বাহ্যদেশে সরল ও অগভীর কাটিয়া যাইলে, তাহা স্বয়ং আরোগ্য হইয়া যায়। কিন্তু গভীর কাটিলে, অশ্বলোম সুচার, প্ল্যাষ্টার, ব্যাণ্ডেজ এবং বোরাসিক এসিড প্রভৃতি ব্যবহার করিতে হয় ও ২৩ দিন অন্তর সুচার পরিবর্ত্তন করিতে হয়। কখন কখন বাহ্যদেশে সামান্য চিরিয়া যাওয়ার চিহ্ন থাকে; কিন্তু অভ্যন্তরে, অনেক দূর পর্য্যন্ত গভীর কাটিয়া চক্ষুর অনেক বিপদ আনয়ন করে। যাহাহউক, উর্দ্ধপুট অতিগভীরভাবে চিরিয়া যাইলে, টোসিস ও এক্ট্রোপিয়ম রোগ জন্মিতে পারে।

উর্দ্ধাধোভাবে কাটিয়া পুটপ্রান্ত চিরিয়া যাইলে, অথবা অক্ষিপুট উক্ত আঘাতে কলোবোমার ন্যায় ছিদ্রিত হইলে, সুচার বন্ধন করিতে হয়। যাহা হউক, সরল অথবা ছিন্নভিন্ন সকল প্রকার কর্ত্তনে, কর্ত্তনের মুখ সুচার দ্বারা পরস্পর আবদ্ধ রাখিয়া, ব্যাণ্ডেজাদি ব্যবহার সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। ক্যানালিকিউলস, পংটম হইতে বিচ্ছিন্ন হইয়া আসিলে, উহার ছিন্ন মুখে ডাইরেক্টর প্রবিষ্ট করিয়া লাক্রিম্যাল স্যাক পর্য্যন্ত উহাকে চিরিয়া দিতে হয়।

অধিক দিনের আঘাত হইলে, ছিন্ন প্রান্ত পুনরুদ্রিক্ত করিয়া দিলে, পূয়-সংঘটন হয় না। আঘাতে পুটীয় লিভেটর পেশী বিভাজিত হইলে, ঐ পেশী কার্য্যাক্ষম হইয়া পড়ে। অক্ষিপুট অথবা সুপ্রা-অর্বিটাল চিরিয়া বা থেঁতলিয়া যাইলে, কখন কখন লিভেটার পেশীর পক্ষাঘাত হইতে দেখা গিয়াছে। কোন কোন স্থলে এবম্বিধ আঘাতে পেরিফিরাল নিউরাইটিস রোগের সহিত অক্ষিপুটের টোসিস রোগ এবং ক্রমশঃ দৃষ্টিহানি হইতে দেখা গিয়াছে। পতন ও মুষ্ট্যাঘাতে কখন কখন চক্ষুর রেটিনার বিশ্লেষণ ঘটে; এবং তৎক্ষণাৎ দৃষ্টিহানি হয়।

দাহন।—অক্ষিপুট কখন কখন, কোন উগ্র এসিড অথবা দ্রবীভূত

সিসা, তপ্ত অঙ্গার বা লৌহশলাকা, প্রদীপ-শিখা, উষ্ণ তৈল, অত্যুষ্ণ জল, বাজির বারুদ অথবা অপর কোন দাহ্যমান পদার্থ দ্বারা দগ্ধ অথবা ঝলসিয়া গিয়া থাকে। তাচ্ছীল্য করিলে, এবম্বিধ স্থলে য়্যাঙ্কাইলোব্লেফেরণ, সিম্বিফেরণ অথবা একট্রোপিয়ম প্রভৃতি রোগোৎপত্তি হইতে পারে। যাহা-হউক, ঘটনা সামান্য হইলে, দগ্ধ স্থানে ক্রমাগত ২।১ দিন পর্য্যন্ত শীতল জলের পটি লাগাইতে হয়, এবং ফোস্কা পড়িলে, তাহা ছিঁড়িয়া তথায় তৈল অথবা গ্লীসারীণে আর্দ্র লিণ্ট, অথবা মাখন কিম্বা সুইট্ অয়েল ও চুণের জলে মিশ্রিত করিয়া তাহা প্রলেপিত করিয়া, ব্যাণ্ডেজাদি বন্ধন এবং প্রত্যহ ২।৩ বার পরিষ্কার-পরিচ্ছন্ন করিতে হয়। গুরুতর স্থলে, দগ্ধ পুট কোন প্রকার পচন-নিবারক লোশন দ্বারা ধৌত করিয়া তদুপরি ভ্যাসালীন লাগাইতে হয়। পরে তদুপরি শোষক তুলার গদি (absorbent gauze) ও তদুপরি পচন-নিবারক পশম (antiseptic wool) বিছাইয়া ব্যাণ্ডেজ দ্বারা ক্ষত আরোগ্য পর্য্যন্ত প্রত্যহ এরূপ বাঁধিতে হয় যে, অক্ষিপুট যেন বেশ সুস্থবৎ বিস্তৃত-ভাবে থাকে। প্রত্যহ একবার করিয়া এইরূপ করিতে হয়।

যদি পুটপ্রান্ত বিশেষতঃ কর্ণ ও নাসিকাদিকস্থ প্রান্ত বিক্ষত থাকে, তবে সর্ব্বদা চক্ষু উন্মিলন করিলে, উহা জুড়িয়া যাইতে পারে না। উহা জুড়িয়া যাইলে, তাহা পৃথক করিয়া দেওয়া উচিত। পুটপ্রান্তে ভ্যাসালীন বা তদ্রূপ অনুগ্র ঔষধ লাগাইয়া রাখিলে, উহা জুড়িতে পারে না। কিয়দংশ পুটিচর্ম্ম ও তন্নিম্নস্থ টিস্যু নষ্ট হইয়া যাইলে অর্থাৎ যথায় গ্রানিউলেশন দ্বারা ক্ষত-সংস্কার হয়, তথায় ভিন্ন স্থান হইতে চর্ম্ম আনিয়া লাগান (skin grafting) বিধিসঙ্গত। তাহা করিলে, অক্ষিপুটে ক্ষতকলঙ্ক থাকে না এবং উহার আয়তন কমিয়া যায় না, অথবা এক্ট্রোপিয়ম হইতেও বাধা প্রদান করে।

আঘাত ও ক্ষতাদির পরবর্ত্তী ঘটনা।

য়্যাঙ্কাইলোব্লেফেরণ (ANCHYLOBLEPHARON)।—ব্লেফেরাইটিস রোগে, অথবা উগ্র এসিড বা অগ্নি দ্বারা দগ্ধ হইয়া উভয় অক্ষিপুটের প্রান্ত

অল্প অথবা অধিক দূর পর্য্যন্ত পরস্পর সংযুক্ত হইয়া যাইলে, তাহাকে য়্যাঙ্কাই-লোব্লেফেরণ অথবা পুটসংযোগ রোগ কহে। সিম্ব্লিফেরণ রোগও সচরাচর এই রোগের সহানুবর্ত্তী হয়। কর্ণ ও নাসিকাদিকেই সচরাচর এই সংযোগ ঘটে। এই রোগে চক্ষু হইতে জল পড়ে এবং প্রোব প্রবিষ্ট হইতে পারে এরূপ একটী ছিদ্রও সম্পূর্ণ রোগে তদ্দিকস্থ অপাঙ্গদেশে থাকে।

চিকিৎসা।—সিম্ব্লিফেরণ এইরোগে সহানুবর্ত্তী হইয়াছে কি না, অগ্রে তাহা অনুধাবন করা উচিত। কর্ণিয়া সংযুক্ত হইয়া পড়িলে বা আলোকজ্ঞান না থাকিলে, এই রোগের চিকিৎসা করা বিফল।

যদি পুটদ্বয় অল্পাংশে সংযুক্ত থাকে এবং নাসিকাদিকস্থ অপাঙ্গদেশে ছিদ্র থাকে, তবে সেই ছিদ্র মধ্যে একটী গ্রুভড্ ডাইরেক্টর প্রবেশিত করিয়া ও স্ক্যাল্পেল দ্বারা উভয় অক্ষিপুট প্রভিন্ন করিয়া, পুটপ্রান্তে কলোডিয়ন স্পৃষ্ট করিয়া দিতে হয়, এবং সামান্য সিম্ব্লিফেরণ থাকিলে, তাহাও উক্ত স্ক্যাল্পেল দ্বারা ছাড়াইয়া দিতে হয়। যদি অপাঙ্গদেশে ছিদ্র না থাকে, তবে উভয়-পুটচর্ম্ম ঊর্দ্ধাধঃভাবে অক্ষিগোলক হইতে তুলিয়া ধরিয়া, উহাদের সংযোগস্থল উক্ত স্ক্যাল্পেল দ্বারা চিরিয়া সেই বিভেদনের মধ্যে ডাইরেক্টর প্রবেশিত করিয়া, পূর্ব্ববৎ অস্ত্রসাধন করিতে হয়; এবং প্রত্যহ সুইট অয়েল অথবা কলোডিয়ম দ্বারা ক্ষত পরিষ্কার করিতে হয়।

সিম্ব্লিফেরণ (SYMBLEPHARON.)

এসিড অথবা অগ্নি দ্বারা কনজংটাইভা দগ্ধ ও ক্ষতবিশিষ্ট হইয়া অথবা চক্ষুতে চূর্ণ পতিত হইয়া, অথবা ডিফথারিটিক কঞ্জংটিভাইটিস রোগে অক্ষি-পুট অক্ষিগোলকে সংযুক্ত হইয়া যাইলে, তাহাকে সিম্ব্লিফেরণ কহে। কিন্তু উভয় অক্ষিপুট সমস্ত অক্ষিগোলকে একেবারে সংযুক্ত হয় না। সচরাচর অধঃপুটেই এইরূপ সংযোগ ঘটে। কর্ণিয়া যুক্ত হইয়া না যাইলে, দৃষ্টির ব্যাঘাত ঘটে না। কিন্তু পংটার স্থানান্তরতায় চক্ষু হইতে জল পড়ে এবং চক্ষু ইতস্ততঃ ফিরাইতে অসুবিধা বোধ হয়।

চিকিৎসা।—দূরায়ত সংযোগে, বিশেষতঃ কর্ণিয়া সংযুক্ত হইয়া পড়িলে, অস্ত্রাদি দ্বারা এই রোগে বিশেষ ফল লাভ করা যায় না। অল্পায়ত

স্থলে, কাঁচি বা স্ক্যাল্পেল দ্বারা মেম্ব্রেণবন্ধনী সকল ছিন্ন করিয়া, তথায় প্রত্যহ প্রোব দ্বারা তৈল অথবা গ্লীসারীণ প্রয়োগ করিলে, এই রোগ আরোগ্য হইতে পারে। গুরুতর স্থলে, ডাং টিল প্রভৃতি অস্ত্রচিকিৎসক যেরূপ অস্ত্রসাধন করেন, তৎসমুদায় সর্ব্বস্থানে সমান ফলপ্রদ হয় না বলিয়া, বিশেষতঃ তাদৃশ অস্ত্রসাধন রোগী ও চিকিৎসকের বিলক্ষণ কষ্টকর বলিয়া, এস্থলে তদ্বর্ণনা পরিত্যক্ত হইল।

কলোবোমা (COLOBOMA)।

জন্ম হইতে কখন কখন কোন না কোন পাতা গন্না-কাটা ওষ্ঠের ন্যায় হইয়া থাকে। সচরাচর পাতার মধ্যস্থান হইতে নাসাপাঙ্গ দেশে এই বিকৃতি থাকে। এরূপ স্থলে, তালুতে ছিদ্র, গন্না-কাটা ওষ্ঠ এবং আইরিস ও কোরইডে কলোবোমা, কঞ্জংটাইভা বা কর্ণিয়ায় ডার্ময়েড টিউমার প্রভৃতি জন্মজাত প্রাকৃতিক অন্যান্য অপুষ্ট অঙ্গপ্রত্যঙ্গ দৃষ্ট হয়। গন্নাকাটা ওষ্ঠের ন্যায় কোণ পর্য্যন্ত কলোবোমার দুই প্রান্ত বিদারিত করিয়া, সূচার সংবদ্ধ রাখাই এই রোগের চিকিৎসা।

অষ্টম অধ্যায়।

লেন্সের রোগ।

এনাটমী এবং হিষ্টোলজী।—লেন্স অর্থাৎ চক্ষুর মণি স্বচ্ছ এবং উভন্যুব্জ কোমল স্থূল পদার্থ। বিশ্রামাবস্থায় লেন্সের ন্যুব্জতা সম্মুখ অপেক্ষা পশ্চাদ্দিকে অধিক হয়। লেন্স আইরিসের অব্যবহিত পরেই অবস্থিত। তারা সঙ্কুচিত হইলে, আইরিস লেন্সের সম্মুখভাগে আসিয়া তথায় লেন্সের উপর ভর দিয়া থাকে এবং তজ্জন্য আইরিস সম্মুখদিকে কিঞ্চিৎ ঠেলিয়া আইসে। কিন্তু, তারা পূর্ণপ্রসারিত হইলে, আইরিসের কোন অংশই লেন্সে লগ্ন থাকে না; লেন্স হইতে অনেক দূরে থাকে। লেন্স পশ্চাদ্দিকে ভিট্রিয়সের উপর ভর দিয়া থাকে।

এই লেন্স দ্বারাই চক্ষু দর্শনোপযোগী হইয়া থাকে। কিন্তু, এই কার্য্যে লেন্সের সম্মুখভাগের ন্যুব্জতা বৃদ্ধি পায়। সিলিয়ারি পেশী দ্বারা লেন্স কার্য্যকর হইয়া থাকে। পলাণ্ডু যেরূপ ত্বকের অন্তর্নিবিষ্ট, তদ্রূপ এই লেন্স ক্যাপ্সিউল নামক স্বচ্ছ পাতলা স্থিতিস্থাপক মেম্ব্রেণের অন্তর্নিবিষ্ট। লেন্সের ক্যাপসিউল সস্পেন্সারি লিগামেন্টের দ্বারা পরিপোষিত হয়। লেন্সের সম্মুখস্থ ক্যাপসিউল পশ্চাদ্দিক অপেক্ষা পুরু। এই সম্মুখস্থ ক্যাপসিউলে এক একটি ষট্‌কোণী, স্বচ্ছ, দেখিতে দানা-দানা ইপিথিলিয়াল কোষ আছে। বোধ হয়, এই কোষ হইতেই লেন্সের সূত্র সকল উদ্ভূত হইয়া থাকে। লেন্সের টিস্থ এবং য়্যান্টেরিয়ার চেম্বারের লিক্ষের সহিত সম্বন্ধ রাখিয়া এই সকল কোষ দ্বারাই লেন্সের পরিপোষণ হয়। এই পরিপোষণে সিলিয়ারি পেশী সস্পেন্সারি লিগামেন্টের সহিত সম্বন্ধ রাখিয়া বিলক্ষণ সাহায্য করিয়া থাকে। পশ্চাদ্দিকস্থ ক্যাপসিউলে এতদ্রূপ কোন ইপিথিলিয়াল স্তরাদি থাকে না। উহা সম্মুখে লেন্স এবং পশ্চাতে ভিট্রিয়সের সহিত দৃঢলগ্ন।

লেন্সের সূত্র সকল এবং অন্তর্ভূত পদার্থই প্রকৃত লেন্স-পদার্থ। এই সকল সূত্র এক একটি নিউক্লিয়স লইয়া উপরিভাগের সমান্তরভাবে মিলিত হওতঃ ল্যামিনার আকারে অবস্থান করে। এই এক একটি ল্যামিনাই লেন্সের এক একটি সূত্রস্তর। এই সকল ল্যামিনা লেন্সের সম্মুখ ও পশ্চাদ্দিকস্থ উপরিভাগে আর তিনটি রশ্মিবৎ অবয়ব লইয়া মিলিত। ছানি রোগের প্রারম্ভাবস্থায় আলোক পার্শ্বে রাখিয়া চক্ষু পরীক্ষা করিলে, এই রশ্মিবৎ তিনটী পদার্থ লেন্সের কেন্দ্র হইতে পরিধি পর্য্যন্ত সমকোণে ক্রম-বিস্তীর্ণ হইয়া শ্বেতবর্ণ রেখার ন্যায় প্রতীয়মান হয়। কিন্তু সুস্থাবস্থায় এই রশ্মিবৎ অবয়বে অর্দ্ধতরল, আঠাবৎ পদার্থ থাকে। ল্যামিনা সকলে এবং সূত্র সকলের মধ্যবর্ত্তী স্থান সকলে ঐরূপ আঠাবৎ পদার্থ আছে। এই আঠাবৎ পদার্থ লেন্সের সর্ব্বত্র প্রণালী দ্বারা বিস্তৃত এবং উহা দ্বারাই লেন্সের পুষ্টিসাধন হয় ও দূরস্থ অথবা নিকটস্থ বস্তু দর্শন সময়ে লেন্সের আকৃতি-পরিবর্ত্তন ঘটায়। পরিধিভাগ অপেক্ষা লেন্সের অন্তর্ব্বর্ত্তী কেন্দ্রস্থল কিঞ্চিৎ কঠিন এবং তজ্জন্যই ঐ কেন্দ্রস্থল নিউক্লিয়স (Nucleus) এবং পরিধিভাগ কর্টেক্স (Cortex) বা ত্বক শব্দে আখ্যাত হইয়া থাকে। কিন্তু, বাস্তব পক্ষে, এই দুই অংশের কোন পৃথক সীমা নাই। উহা জবরদস্তি আখ্যা মাত্র। শিশুদিগের লেন্স অতি কোমল এবং সহজেই বিভক্ত হইতে পারে। কিন্তু, বয়োবৃদ্ধিতে উহা ক্রমশঃ কঠিন হইতে থাকে এবং উহার স্বচ্ছতারও হ্রাস হয়।

সস্পেন্সারি লিগামেণ্ট যাহাকে জনুলা অব জিন কহে, তাহা ফাইব্রিল যুক্ত স্থিতিস্থাপক মেম্ব্রেণ মাত্র এবং রেটিনার ওরা সিরেটা প্রদেশ হইতে লেন্সের অর্দ্ধাংশ পর্য্যন্ত বিস্তৃত। উহা প্রধানতঃ রেটিনার মেম্ব্রেণা লিমিটান্স ইণ্টার্নার অংশ; এবং ওরা সিরেটা প্রদেশস্থ ভিট্রিয়সের উপরিভাগের ঠিক নিম্ন স্থান হইতে উদ্ভূত ফাইব্রিল সকল হইতে এবং সিলিয়ারি প্রোসেসের মধ্যস্থ পার্স সিলিয়ারিস রেটিনির বর্ত্তুলবৎ কোষোদ্ভূত সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম ফিলামেণ্ট হইতে উদ্ভূত। উহা লেন্সের ঠিক মধ্যস্থলে ক্যাপসিউলের সহিত মিলিত। লেন্সের এইস্থানে আসিবার অগ্রে, উহা ভিট্রিয়স হইতে কেনাল অব পিটিট নামক স্থান দ্বারা পৃথগ্‌ভূত। জীবিতাবস্থায় এই কেনালে বোধ হয় লিম্ফ থাকে। চক্ষুর দর্শনোপযোগিতায়, ছানি তুলিতে এবং লেন্সের স্থানান্তরতায়

এই লিগামেন্টের সহিত নিকটবর্ত্তী অবয়বের সম্বন্ধ জানা থাকা অত্যাবশ্যক। লেন্সকে স্বস্থানে অবস্থিত রাখাই এই লিগামেন্টের কার্য্য এবং নিকট ও দূরদর্শন সময়ে লেন্সের যে পরিবর্ত্তন ঘটে, উহা দ্বারা তাহা অনেক প্রশমিত হয়। য়্যাকিউয়স হইতে ভিট্রিয়স চেম্বারে তরল পদার্থের গতিবিধি সম্বন্ধে উহা কোন বাধা প্রধান করে না।

কখন কখন লেন্সের সম্মুখ অথবা পশ্চাদ্বর্ত্তী কেন্দ্রস্থল মোচার ন্যায় উন্নত হইয়া থাকে; এবং কখন কখন লেন্সের পরিধিভাগের আংশিক অভাবও দেখা যায়। আইরিস ও কোরইডের কলোবোমা রোগে লেন্সের এই কলোবোমা দেখা যায়।

ক্যাটারাক্ট (CATARACT) ছানি।

স্বচ্ছ লেন্স অস্বচ্ছ হইলে, তাহাকে ইংরেজী ভাষায় ক্যাটারাক্ট রোগ কহে। বাঙ্গালা ভাষায় এই রোগকে আমরা ছানি কহিয়া থাকি; এবং পশ্চিমে হিন্দুস্থানীরা ইহাকে মতিয়াবিন্দ্‌ শব্দে ব্যক্ত করে। এই ক্যাটারাক্ট রোগে, লেন্স ব্যতীত চক্ষুর অপরাপর বিধান সকল বিলক্ষণ সুস্থ থাকে। চক্ষুর বিতান-বৃদ্ধি এবং আলোকস্ফুলিঙ্গাদি জ্ঞান কিছুই থাকে না; কেবল ক্যাটারাক্ট যতই পরিপক্ক হইতে থাকে, দৃষ্টি ক্রমশঃ ততই অস্পষ্ট হইতে থাকে।

পরিণত ক্যাটারাক্ট রোগনির্ণয় সহজেই হইতে পারে। পরীক্ষক আলোক অবরোধ করিয়া দাঁড়াইলে, দেখিতে পাইবেন যে, রোগীর চক্ষুর তারা স্বাভাবিক কৃষ্ণবর্ণ ত্যাগ করিয়া, পশ্চাদ্বর্ত্তী অস্বচ্ছ লেন্সের শ্বেতোজ্জ্বল বর্ণ ধারণ করিয়াছে। কিন্তু, এই রোগের প্রারম্ভ সময়ে (Incipient), বিশেষত, যখন লেন্সের প্রান্তসীমা প্রথমে অস্বচ্ছ হইতে আরম্ভ হয়, তখন তারার এবম্বিধ বর্ণব্যত্যয় হয় না। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা আলোক কেন্দ্রান্বিত করিয়া চক্ষু পরীক্ষা না করিলে, উহা স্পষ্ট অনুভূত হয় না। যাহাহউক, রোগীকে অপাঙ্গ-নয়নে থাকিতে বলিয়া, তির্য্যগ্‌ভাবে আইরিসের পশ্চাদ্দিকে অবলোকন করিলেও লেন্সের প্রান্তভাগ পরিষ্কাররূপে দেখিতে পাওয়া যায়।

বৃদ্ধ বয়সে লেন্স বিশেষত, উহার নিউক্লিয়স স্বভাবত ঈষৎ কঠিন হইয়া পীতাভ হয়। কিন্তু তাহাতে দৃষ্টির অস্পষ্টতা ঘটে না; সুতরাং তদ্বিধ স্থূল

ক্যাটারাক্ট রোগের প্রারম্ভ বলিয়া ভ্রম হয় না। এই বৃদ্ধ বয়সে, চাল্লিশে দোষ সত্ত্বেও দৃষ্টির ক্রমশঃ অস্পষ্টতা ঘটিতে থাকিলে, অগ্রে লেন্সের অবস্থা পরীক্ষা করা উচিত।

সংপ্রাপ্তি ও কারণ।—কিরূপে এই রোগের উৎপত্তি হয়, তদ্বিষয় অদ্যাপিও অপরিজ্ঞাত বলিয়া অনেকে অনেক প্রকার বলিয়া থাকেন। যাহা-হউক, শোণিত পরিবর্ত্তনই হউক অথবা লেন্স এবং ভিট্রিয়সের প্রাদাহিক পরিবর্ত্তনই হউক, যাহাতে লেন্সের পরিপোষণের ব্যাঘাত ঘটে, তাহাই উহার কারণ। বোধ হয় লেন্সের সূত্রসকলের গ্রানিউলার অপকর্ষক শুষ্কতা প্রযুক্ত এই অবস্থা জন্মে। স্থানিক অথবা সর্ব্বাঙ্গীন কোন পরিদৃশ্যমান কারণ ব্যতীত এই রোগ হইতে দেখা যাইলেও বোধ হয় পুষ্টির অভাবেই এই রোগ ঘটে। এই নিমিত্তই উহা বার্দ্ধক্যজনিত (Senile), বহুমূত্র রোগজনিত (Diabetic), আইরিস, কোরইড ও ভিট্রিয়সের প্রদাহজনিত (Secondary), আঘাত জনিত (Traumatic) এবং জন্মসহজাত (Congenital) ইত্যাদি নামে অভিহিত হয়।

১। **বার্দ্ধক্য**—বয়স, চিন্তা ও অনিয়মাচারে জীবনীশক্তির অবসান হইতে আরম্ভ হইলে এই রোগ ঘটে।

২। **বহুমূত্র**—ডায়েবিটিস রোগে পীড়িত শতকরা ৬ জন ব্যক্তি ক্যাটারাক্ট রোগেও পীড়িত হইয়া থাকে। ইহা সচরাচর সফ্‌ট শ্রেণীগত এবং শীঘ্র পরিপক হয় না। এবম্বিধ স্থলে, য়্যাম্লিওপিয়া, হেমিয়ানপ্সিয়া, রেটিনাইটিস, দর্শনোপযোগিতার পক্ষাঘাত এবং অপ্টিক নার্ভের য়্যাট্রোফি প্রভৃতি চক্ষুর অপরাপর রোগও বর্ত্তমান থাকে। কিন্তু, তথাপি বহুমূত্রজ ক্যাটারাক্ট রোগে অস্ত্র করিলে সুফল লাভ করা যাইতে পারে। বাস্তবিক, অনেকানেক অস্ত্রচিকিৎসক বলেন যে, সুস্থশরীরের ন্যায় বহুমূত্র রোগেও চক্ষু অস্ত্রসাধনে শীঘ্র আরোগ্য হইয়া থাকে।

৩। **আর্গট**—বিষাক্ততায়ও ক্যাটারাক্ট রোগ জন্মে।

৪। **স্থানিক রোগ**—আইরিস, কোরইড অথবা সিলিয়ারি বডি হইতে প্রদাহ সঞ্চারিত হইয়া গ্লকোমা রোগজ ক্যাটারাক্ট রোগের ন্যায় সেকেণ্ডারি ক্যাটারাক্ট রোগ জন্মে।

৫। আঘাত—অক্ষিগোলকে কোন প্রকার আঘাত লাগিয়া ক্যাপ-সিউল ছিঁড়িয়া যাইলে অথবা লেন্স আংশিক বা সম্পূর্ণ স্থানান্তরিত হইলে ক্যাটারাক্ট রোগ জন্মে। তীক্ষ্ণধার অস্ত্র বা বাহ্য পদার্থ প্রবেশনেও ছানি হয়। কর্ণিয়ার বিবিদ্ধ ক্ষত রোগেও পিরামিডাল ক্যাটারাক্ট রোগ জন্মে।

৬। কন্‌ভল্‌সন—সর্ব্বাঙ্গীন খেঁচনেও এই রোগ জন্মে।

৭। উপদংশ—পৈত্রিক উপদংশ রোগও কখন কখন জন্মজাত ছানি রোগের কারণ বলিয়া বিবেচিত হয়।

৮। আলোক—নিয়ত সর্ব্বদা অত্যুজ্জ্বল আলোকাভিমুখে দৃষ্টি-সংযোগেও এই রোগ জন্মে। এই নিমিত্ত গ্লাস-প্রস্তুতকারকদিগের ছানি হয়। ইহা প্রায়ই কোমল।

প্রথমাক্রান্ত অংশ, অস্বচ্ছতার বৃদ্ধির নিয়ম, যে বয়সে উহা ঘটে, উহার বর্ণ, আকৃতি ও দৃঢ়তার তারতম্য এবং উৎপাদক কারণ প্রভৃতির এত প্রভেদ দেখা যায় যে, এই ছানি রোগের কোন শ্রেণীবিভাগ করা বড় কঠিন হইলেও নিম্নলিখিত শ্রেণীতে উহা বিভক্ত হইয়া থাকে।

(১) নিউক্লিয়ার; (২) কর্টিক্যাল, (৩) ল্যামিলার, (৪) পিরামিড্যাল; (৫) পোষ্টেরিয়ার পোলার, (৬) সাধারণ বা মিশ্র (mixed)।

১। নিউক্লিয়ার (Neuclear) অথবা কৈন্দ্রিক ছানি।—এইরূপ শ্রেণীতে লেন্সের কেন্দ্রস্থল প্রথমে অস্বচ্ছ হয়, পরে তথা হইতে ক্রমে পরিধি-ভাগে বিস্তৃত হয়। এই রোগের বৃদ্ধির তারতম্য আছে। কোন কোন স্থলে কতিপয় মাসের মধ্যেই সমস্ত লেন্স অস্বচ্ছ হইয়া পড়ে। আর কোন কোন স্থলে ত্বক্ ভাগ কতিপয় বৎসর পর্য্যন্ত স্বচ্ছ থাকিতে পারে। সচরাচর উহার বর্ণ বিচালির বর্ণের ন্যায়। কিন্তু কখন কখন প্রায় শ্বেত এবং কোন কোন স্থলে পাটল এবং কদাচিৎ সম্পূর্ণ কৃষ্ণ বর্ণ হইয়া থাকে। সচরাচর ৫০ হইতে ৫৫ বৎসর বয়সের মধ্যে এই রোগ ঘটে। কিন্তু জন্মসহানুবর্ত্তী হইয়া অথবা যে কোন বয়সে এই রোগ জন্মিতে পারে।

২। কর্টিক্যাল (Cortical) ক্যাটারাক্ট লেন্সের সম্মুখ ও পশ্চাৎ উভয় উপবিভাগে প্রান্তভাগ হইতে আরম্ভ হইয়া দাগ দাগ আকারে লেন্সের সূত্রসকলের অবস্থান অনুসারে মধ্যদেশাভিমুখে জন্মে। তাহা প্রসারিত না

করিলে, আইরিসের দ্বারা আবৃত থাকায় প্রথমাবস্থায় উহা দৃষ্টিগোচর হয় না। কিন্তু, পরে যখন লেন্সের মধ্যস্থল আক্রমণ করে (mixed), তখন তারার নিম্নেই উহাকে স্পষ্ট দেখা যায়। বৃদ্ধ ব্যক্তিদিগের সচরাচর এইরূপ ক্যাটারাক্ট হয়, এবং ৫০ বৎসর বয়সের পূর্ব্বে কদাচিৎ দেখা যায়। যখন বাড়িতে থাকে, কারণ উহা সর্ব্বদাই বাড়ে, তখন উহার গতির তারতম্য দেখা যায়।

৩। ল্যামিলার ক্যাটারাক্ট (Lamellar or zonular, জনুলার) রোগে লেন্সের কেন্দ্র ও পরিধি উভয় দেশই স্বচ্ছ থাকে, তবে এতদুভয়ের মধ্যবর্ত্তী স্থানে অতি পাতলা নীলাভ শ্বেতবর্ণ অস্বচ্ছতা জন্মে। উভয় চক্ষুতে যুগপৎ এই রোগ ঘটে এবং ছাত্রেরা এই রোগকে নিউক্লিয়ার বলিয়া ভ্রম করে। এই রোগ অনেক দিন পর্য্যন্ত সমভাবে থাকে এবং ক্রমে অল্পে অল্পে বাড়িয়া সমুদায় লেন্সকে অস্বচ্ছ করিতে পারে। ভূমিষ্ঠ হইবার কতিপয় সপ্তাহের পরেই এই রোগ জন্মে; অন্য বয়সে এই রোগ হয় না। কিন্তু, রোগ প্রথমাবস্থায় অতি পাতলা থাকে বলিয়া, বালকের লেখা পড়ার বয়স পর্য্যন্ত এই রোগের উপলব্ধি হয় না। তখনও তাহারা ছানির বিদ্যমানতা না বুঝিয়া নিকটদৃষ্টির জন্য উদ্বিগ্ন হয়। যাহাহউক, শারীরিক স্বাস্থ্যব্যত্যয় না থাকিলে, এবম্বিধ ক্যাটারাক্ট রোগ ঘটে না, এবং তড়কা প্রভৃতি রোগের পরেও বালকের এই রোগ হইয়াছে এইরূপ বিবরণ পাওয়া যায়। ইহা আংশিক ক্যাটারাক্ট। চক্ষুতে য্যাট্রোপীন প্রয়োগে এবং +৪ চসমায় দৃষ্টির অনেক উন্নতি হয়। *

৪। পিরামিডাল ক্যাটারাক্ট (Pyramidal)—রোগে লেন্সের ঠিক সম্মুখভাগে ক্যাপসিউলের অব্যবহিত নিম্নেই কিয়দ্দূর পর্য্যন্ত পিরামিডের ন্যায় বৃত্তাকারে দুগ্ধশ্বেত ঘন অস্বচ্ছতা জন্মে। এই রোগ কখন কখন জন্মসহজাত, কিন্তু সচরাচর অপথ্যাল্মিয়া নিউনাটোরম রোগজ। শেষোক্তস্থলে, কর্ণিয়ারও ক্ষতজনিত অস্বচ্ছতা বর্ত্তমান থাকে। কখন কখন পিউরিউলেণ্ট কঞ্জংটিভাইটিস রোগ ব্যতীতও লেন্স ও কর্ণিয়ায় এইরূপ অস্বচ্ছতা জন্মিতে দেখা যায়। এই রোগ প্রায়ই স্থগিত থাকে বলিয়া ইহা আংশিক ক্যাটারাক্ট। ইহাকে য্যাণ্টেরিয়ার ক্যাপসিউলার ক্যাটারাক্ট রোগও বলে।

৫। পোষ্টেরিয়ার পোলার (Posterior Polar) ক্যাটারাক্ট রোগে

লেন্সের এই অস্বচ্ছতা শ্বেতবর্ণ ও নক্ষত্রাদির ন্যায় গোলাকার। পিরামিডাল ক্যাটারাক্ট রোগ যদ্রূপ লেন্সের সম্মুখস্থ কেন্দ্র স্থলে জন্মে, পোষ্টেরিয়ার পোলার ক্যাটারাক্ট রোগ তদ্রূপ পশ্চাদ্দিকস্থ কেন্দ্রস্থলে লেন্স অথবা লেন্সের ক্যাপসিউলে জন্মে। তদ্ব্যতীত এই আশ্চর্য্য রোগে লেন্সের অপরাপর সমস্ত অংশ বিলক্ষণ সুস্থ থাকে। এই রোগ জন্মজাত অথবা স্বোপার্জ্জিত। স্বোপার্জ্জিত স্থলে, রোগের বৃদ্ধি হয় এবং প্রায়ই রেটিনাইটিস পিগমেণ্টোসা অথবা কোরইড ও সিলিয়ারি বডির পুরাতন প্রদাহক্রমে মাইওপিয়া এবং ভিট্রিয়সের অস্বচ্ছতার সঙ্গে সঙ্গে বর্ত্তমান থাকে। ইহাও আংশিক ক্যাটারাক্ট।

৬। সাধারণ, মিক্স্‌ট বা মিশ্র ক্যাটারাক্ট রোগে লেন্সের কর্টেক্স ও নিউক্লিয়স উভয়ই সর্ব্বতঃ সম্পূর্ণ অথবা বিন্দু বিন্দু বা রেখাকারে অস্বচ্ছ হয়। এইরূপ ক্যাটারাক্ট রোগের আকৃতি ও বর্ণগত অনেক পার্থক্য আছে। কিন্তু তৎসমুদয়ের বিবরণ নিষ্প্রয়োজন। অনেকানেক জন্মজাত ক্যাটারাক্ট রোগও এই শ্রেণীগত। এই জন্মজাত রোগ এক অথবা উভয় চক্ষুতে জন্মে। জন্মজাত স্থলে, তারা য্যাট্রোপীনে অসম্পূর্ণ প্রসারিত হয় এবং চক্ষু অন্যান্য বিষয়েও দোষাশ্রিত থাকে; সুতরাং এই জন্মজাতস্থলে, নির্ব্বিঘ্নে অস্ত্রসাধন হইলেও দৃষ্টির সুবিধা হয় না।

চিকিৎসার সুবিধার্থে ক্যাটারাক্ট রোগ সচরাচর হার্ড (কঠিন বা বার্দ্ধক্য-জনিত) ও সফ্‌ট (কোমল) এই দুই নামে কথিত হয়। সফ্‌ট ক্যাটারাক্ট প্রায়ই ৩০।৩৫ বৎসর বয়সের পূর্ব্বে ঘটে। তৎপরে হার্ড ক্যাটারাক্ট রোগ জন্মে। মধ্যবর্ত্তী অনেকানেক অবস্থা সত্ত্বেও এই দুইরূপ শ্রেণীবিভাগই ন্যায়সঙ্গত। কারণ এই উভয়বিধ শ্রেণীতে ভিন্ন ভিন্ন রূপ অস্ত্রসাধন হইয়া থাকে। কোমল ক্যাটারাক্ট রোগে যদি লেন্স ভাঙ্গিয়া দেওয়া যায়, তবে য্যাকিউয়সে তাহা শীঘ্র গলিয়া তথায় শোষিত হইয়া যায়। কিন্তু তাহাকে ক্যাপসিউল হইতে সমগ্র নিষ্কাশিত করিতে পারা যায় না। এদিকে কঠিন ক্যাটারাক্ট রোগে লেন্স ভাঙ্গিয়া দিলে, তন্মধ্যে য্যাকিউয়স প্রবিষ্ট হইয়া উহাকে আরো স্ফীত করে, শোষিত করে না। কিন্তু কথক পরিপক্ক হইলে, ক্যাপসিউল ফাড়িয়া উহাকে বহিষ্কৃত করিতে পারা যায়।

হার্ড ক্যাটারাক্ট সম্পূর্ণ পরিপক্ক হইলে, উহার কর্টিকাল অংশ কঠিন

কখন অল্পবিস্তর দুগ্ধের বর্ণ গ্রহণ করে। উহাতে কখন কখন কর্টিকাল অংশ এত তরল হয় যে, কেন্দ্রস্থ কঠিন নিউক্লিয়স তন্মধ্যে ভাসমান থাকে। এরূপ ক্যাটারাক্ট রোগকে মর্গ্যাগ্নিয়ন ক্যাটারাক্ট বলে। এতদ্ভিন্ন ব্ল্যাক ক্যাটারাক্ট ও ক্যাল্কেরিয়স ক্যাটারাক্ট রোগ কদাচিৎ দেখা যায়। তন্মধ্যে চক্ষু-গর্ভের রোগপ্রযুক্ত ব্ল্যাক ক্যাটারাক্ট এবং আঘাতাদি দ্বারা ক্যাল্কেরিয়স ক্যাটারাক্ট রোগ জন্মে।

পুনরনুশীলন।—কেবল লেন্স পদার্থ অথবা উহার ক্যাপসিউল অর্থাৎ কোষত্বক্, অথবা লেন্স ও ক্যাপ্সিউল্ উভয়েই এই রোগে অস্বচ্ছ হইয়া মলিন শ্বেতবর্ণ হইয়া থাকে। এই অস্বচ্ছতা একেবারে হয় না, পরিধিভাগে অথবা কেন্দ্রস্থলে আরম্ভ হইয়া ক্রমশ সমস্ত লেন্স অস্বচ্ছ হইয়া পড়ে। কোন কোন স্থলে, লেন্স চিরকাল আংশিক অস্বচ্ছ থাকে। প্রথমাক্রান্ত স্থল ব্যতীত অপরাপর অংশ আর কদাপি অস্বচ্ছ হয় না। লেন্স পদার্থ অস্বচ্ছ হইয়া, কোমল (Soft), কঠিন (Hard) ও বিমিশ্র (Mixed) প্রভৃতি বহু নামে পৃথক পৃথক বর্ণিত হয়। কোমল ক্যাটারাক্ট রোগে, লেন্স শ্বেতবর্ণ নবনীতবৎ দৃষ্ট হয়, তন্মধ্যে কঠিন নিউক্লিয়স থাকে না, এবং প্রায়ত ৩৫ বৎসর বয়সের পূর্ব্বেই জন্মে। বিমিশ্র স্থলে, লেন্স তারার অতি নিকটবর্ত্তী হয় ও রেখাবৃত মুক্তার ন্যায় অস্বচ্ছ আকার ধারণ করে, এবং তন্মধ্যে পীতাভ কঠিন নিউক্লিয়স দৃষ্টিগোচর হয়, ও ৪০ বৎসর বয়সের পরে জন্মে। আর বৃদ্ধবয়সে, ক্যাপসিউলের সহিত লেন্স পদার্থ অস্বচ্ছ হইয়া ঈষৎ পীতাভ, চেপ্টা ও কঠিন হইয়া পড়ে। চক্ষুর অন্য রোগ সমবেত না হইলে ইহাকে আদিম (Primary), আর ভয়ানক আইরিডো-সিক্লাইটিস, গ্লকোমা, রেটিনার বিশ্লেষণ, চক্ষুতে টিউমার প্রভৃতি রোগের সঙ্গে থাকিলে, উহাকে গৌণ (Secondary) রোগ কহে। গৌণ রোগ উভয় চক্ষুতে প্রায়ই হয় না। কিন্তু আদিম রোগ অল্পবিস্তর সময়ান্তে উভয় চক্ষুতেই হইয়া থাকে। যাহা হউক, এইরোগ হইলে, কত দিনে তাহা পরিপক্ক হইবে, তাহার কোন স্থিরতা নাই।

জন্মজাত স্থলে, এই রোগ জনুলার ও ল্যামিলার ইত্যাদি নামে আখ্যাত হয় এবং যুগপৎ উভয় চক্ষুতেই জন্ম হইতেই আক্রমণ করে। শৈশবাবস্থা হইতে আমৃত্যু এবম্বিধ রোগ সমভাগে থাকিতে পারে; এবং ততদিন দৃষ্টির

সামান্য অস্পষ্টতা ভিন্ন বিশেষ বাধা জন্মে না। এই রোগ পৈত্রিক হইলে; অধিকাংশস্থলেই রোগী ক্ষুদ্রবুদ্ধি, ক্ষুদ্রকায় ও ক্ষুদ্রচক্ষু প্রভৃতি জন্মসহজাত অন্যান্য দোষাশ্রিত হইয়া থাকে। তাহা য্যাট্রোপীনে সম্পূর্ণ কার্য্যকর হয় না; এবং সেই পরিবারস্থ অনেক ব্যক্তি এবং তাহারা বংশানুক্রমে এই রোগ ভোগ করে।

গতি।—রোগীর বয়স যতই অল্প হয়, স্বোপার্জ্জিত এই রোগের স্ফূর্তি ততই দ্রুত হইয়া থাকে; এবং বৃদ্ধ ব্যক্তিদিগের পক্ষে, এই রোগ পরিপক্ক হইতে সচরাচর ১ হইতে ৩ বৎসর অথবা তদধিক কাল লাগে। বার্দ্ধক্য-জনিত নিউক্লিয়ার রোগে কখন কখন এমতও ঘটে যে, অস্বচ্ছতা কখন কর্টেক্সে বিস্তারিত হয় না এবং ছানিও সম্পূর্ণ হয় না। কিন্তু উহা শুষ্ক এবং অস্ত্রোপযোগী পরিপক্ক হয়। ছানি দ্বারা লেন্স বহুকাল অস্বচ্ছ হইয়া থাকিলে, উহা সচরাচর আরো বিকৃত হইয়া শক্ত, ক্ষুদ্র এবং চূর্ণ ও ফ্যাটি গ্রানিউল বিশিষ্ট এবং উহার কর্টেক্স তরল হইয়া তদভ্যন্তরে শক্ত নিউক্লিয়স বিশিষ্ট (মর্গাগ্নিয়ন) হয়। জন্মজাত ছানি আশোষিত হইয়া চুপসিয়া পাতলা হইয়া যাইতে পারে। যুবা ব্যক্তিদিগের পক্ষে, কোমল ক্যাটারাক্ট সচরাচর কতিপয় মাসের মধ্যেই সম্পূর্ণ হইয়া পড়ে।

লক্ষণ ও রোগনির্ণয়।—১। ক্রমশঃ দৃষ্টিহানি এবং কোন প্রকার চসমায় পরিষ্কার দৃষ্টি না হওয়াই সচরাচর বয়স্ক ব্যক্তিদিগের ছানির প্রথম লক্ষণ। সচরাচর প্রথমে এক চক্ষুর দৃষ্টিই অপর চক্ষু হইতে অধিক মন্দ হইয়া পড়ে; এবং নিকট-দৃষ্টি অপেক্ষা দূর-দৃষ্টির অনেক ব্যাঘাত হয়। লেন্সের ঠিক কেন্দ্রস্থলে ছানি পড়িতে আরম্ভ হইলে, তারা-প্রসারণে দৃষ্টির অনেক সুবিধা ঘটে। এই নিমিত্ত এবম্বিধ রোগী (কর্টিকাল এবং সমস্ত লেন্সের ছানি রোগে নহে) মেঘাচ্ছন্ন দিবাভাগে, সন্ধ্যাকালে, চক্ষুতে পর্দ্দা লাগাইয়া এবং আলোকাভিমুখে পৃষ্ঠ রাখিয়া দৃষ্টির সুবিধা বোধ করে। চক্ষুতে য্যাট্রোপীন প্রয়োগ করিলে, দূরদৃষ্টির অনেক সুবিধা হয়। কোন কোন স্থলে, অস্বচ্ছ নিউক্লিয়সের ভিতর দিয়া আলোক ছড়াইয়া পড়ে। এবম্বিধ স্থলে এসারীন প্রয়োগে তারা ক্ষুদ্র হইলে, দৃষ্টির অনেক সুবিধা হয়।

ছানি যতই পরিপক্ক হইতে থাকে, ব্যবহারোপযোগী দৃষ্টি ততই বিনষ্ট

হইয়া যায়। প্রথমে দূরদৃষ্টির, পরে লিখনপঠনাদির ক্রমশঃ বিলক্ষণ ব্যাঘাত ঘটিতে থাকে। পরিশেষে চক্ষুর অতিনিকটে ধৃত অঙ্গুলির সংখ্যাও গণনা করিতে পারা যায় না। যাহাহউক, ছানি যতই পরিপক্ক হউক না কেন, রোগীর আলোকান্ধকার-জ্ঞান থাকে। রোগী জানালার অভিমুখীন হইয়া থাকিলে, পরিষ্কার দিবালোকে চক্ষুর সম্মুখস্থ হস্তসঞ্চালনের ছায়া অনুভব করিতে পারেন। ইহাকেই আলোকান্ধকার-জ্ঞান (Perception of light) কহে। আর অন্ধকার গৃহে, দীপশিখার অবস্থান স্থান রোগী যে নির্ণয় করিতে পারেন, তাহাকে আলোকাবস্থান-জ্ঞান (Projection of light) কহে। পরিপক্ক ছানি রোগেও আলোকান্ধকার জ্ঞান থাকে। উহা না থাকিলে, চক্ষুর গর্ভদেশস্থ রেটিনা, অপ্টিক নার্ভ ও কোরইড প্রভৃতি অবয়বাদির পীড়া হইয়াছে অনুমান করিতে হইবে; এবং অস্ত্রসাধনে তাদৃশস্থলে প্রায়ই সুফল পাওয়া যায় না। যদি আলোকান্ধকার জ্ঞান থাকে, কিন্তু আলোকাবস্থান জ্ঞান ভাল না থাকে, তবে অস্ত্রসাধনে দৃষ্টির সম্পূর্ণ সুবিধা ঘটে না। যাহা ঘটে, তাহাতে রোগী সাধারণ দৃষ্টির নিমিত্ত যৎকিঞ্চিৎ কৃতজ্ঞ থাকেন মাত্র। অপিচ, লেন্স পরিপক্ক হইতে থাকিলে, লেন্সের ভিন্ন ভিন্ন স্থানে ভিন্ন ভিন্ন পরিবর্ত্তন ঘটিয়া কখন কখন সেই চক্ষুতে দ্বিদৃষ্টি, বহুদৃষ্টি (diplopia, Polyopia unioculаris) এবং বিশৃঙ্খল য্যাষ্টিগ্ম্যাটিজম রোগও জন্মে। বিশুদ্ধ ছানি রোগে তারা আলোকে সঙ্কুচিত এবং অন্ধকারে প্রসারিত হয়। তারা সর্ব্বদা প্রসারিত হইয়া থাকে না এবং চক্ষুর বিতানও স্বাভাবিক থাকে।

বালকদিগের ছানি রোগে নিকটদৃষ্টি রোগও সহবর্ত্তী থাকে। বালকদিগের বিদ্যারম্ভ সময়ে এই ঘটনা প্রত্যক্ষ হয়। ল্যামিলার ক্যাটারাক্ট রোগে এই জন্য বালকেরা পুস্তকাদি চক্ষুর অতি নিকটে লইয়া পঠাদি করে। অস্বচ্ছতা ঘন হইলে, যাহা জন্মজাতস্থলে প্রায়ই ঘটে, তাহা বালকের জন্মসময়ের কতিপয় দিবস পরেই তারার শ্বেতবর্ণ-প্রতিফলনে অনুভূত হইয়া থাকে।

২। **তারার আকৃতি-পরিবর্ত্তন।**—আলোক যেরূপে পাতিত করিয়াই দেখ, অল্পবয়স্ক ব্যক্তির তারা সম্পূর্ণ কৃষ্ণবর্ণ দেখায়। কিন্তু ৩৫ বৎসর বয়সের পরে, উহার বর্ণ সচরাচর ধূসর ও মলিন দেখায়। লেন্সের এই

বর্ণব্যত্যয় ক্যাটারাক্ট রোগ বলিয়া সহজেই ভ্রম হইতে পারে। সুতরাং কেবল এই বর্ণব্যত্যয় দেখিয়া এই রোগ নির্ণয় করা বিজ্ঞতার কার্য্য নহে। ক্রমশঃ দৃষ্টিহানি অথবা অন্যান্য লক্ষণ দেখিয়া ক্যাটারাক্ট রোগ বলিয়া ভ্রম হইলে, হোম-য়্যাট্রোপীন প্রভৃতি প্রযোগে তারা প্রসারিত করিয়া অন্ধকার গৃহে অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রে আলোক কেন্দ্রাযিত করিয়া চক্ষু পরীক্ষা করা উচিত। চক্ষুর সম্মুখে ৪০ইঞ্চি দূরে একখানি কনকেভ বা প্লেন দর্পণ ধরিলে, তদালোকে চক্ষুর স্বচ্ছ দৃষ্টিপথের যে কোন অস্বচ্ছতা তৎক্ষণাৎ নিরীকৃত হয়। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা দেখিলে, সুস্থ চক্ষুর গর্ভদেশ হইতে সর্ব্বতঃ-সম কমলালেবুর ন্যায় উজ্জ্বল লোহিত বর্ণ সমস্ত প্রসারিত তারায় প্রতিফলিত হয়। ভিট্রিয়সে, স্বচ্ছ লেন্সে অথবা কর্ণিয়ায় কোন অস্বচ্ছতা বিদ্যমান থাকিলে, তাহা চক্ষুর গর্ভ-দেশের উক্ত বর্ণপ্রতিফলনের ব্যাঘাত করে; এবং তত্তৎস্থান কৃষ্ণবর্ণ দেখায়।

তির্য্যকভাবে আলোক প্রতিফলিত করিয়া দেখিলে, কর্ণিয়ায় অথবা লেন্সের কোথায় অস্বচ্ছতা আছে, তাহা জ্ঞাত হওয়া যায়। ইহাতে বিফল হইলে, অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা ভিট্রিয়সের অস্বচ্ছতা পর্য্যন্তও জ্ঞাত হওয়া যায়। অনেকানেক চক্ষুতে ভিট্রিয়স তরল থাকে, সুতরাং তথায় অস্বচ্ছতা ইতস্ততঃ ভাসমান হইতে দেখা যায়। এইরূপে ক্যাটারাক্ট নির্ণয় করিবার সময় চক্ষু-গর্ভের অন্যান্য অবয়বের অবস্থা ও রোগাদি পরীক্ষা করিয়া রাখিলে, ভবিষ্যতে অস্ত্রসাধন দ্বারা দৃষ্টির কিরূপ সুবিধা বা অসুবিধা ঘটিবে, তাহা অগ্রেই অবগত হওয়া যায়। ল্যামিলার ক্যাটারাক্ট রোগে তারা পূর্ণ প্রসারিত থাকিলে, লেন্সের চতুষ্পার্শ্বস্থ স্থান স্বচ্ছ দেখায়।

৩। **ছায়ামূর্ত্তি।**—অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র আবিষ্কারের পূর্ব্বে স্যান্সনের ছায়া-মূর্ত্তি (Catoptic test) দ্বারা ছানি পরীক্ষা হইত: অন্ধকার গৃহে তির্য্যক্‌ভাবে চক্ষুতে আলোক পাতিত করিলে, কর্ণিয়া এবং লেন্সের সম্মুখ ও পশ্চাৎ, এই তিন স্থান হইতে তিনটী ছায়ামূর্ত্তি সমস্ত তারাক্ষেত্রে প্রতিফলিত হয়। কর্ণিয়া হইতে ক্ষুদ্র, উজ্জ্বল এবং সোজা, লেন্সের সম্মুখ হইতে বৃহৎ, অস্পষ্ট ও সোজা এবং লেন্সের পশ্চাৎ হইতে ক্ষুদ্রতম, উজ্জ্বলতর, কিন্তু উল্টা মূর্ত্তি দেখা যায়। লেন্সে অস্বচ্ছতা থাকিলে এই উল্টা মূর্ত্তি দেখা যায় না। বর্ত্তমান সময়ে, এই পরীক্ষা কেবল ভিট্রিয়সে রক্তক্ষরণ এবং ব্ল্যাক ক্যাটারাক্ট রোগ নির্ণয়ে

গৃহীত হয়। কারণ, অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষার্থ এই উভয়বিধ রোগে তারা সম্পূর্ণ কৃষ্ণবর্ণ দেখায়।

চিকিৎসা।—কোন প্রকার ঔষধ প্রয়োগে অথবা সেবনে (কখন কখন বহুমূত্রজনিত স্থল* ব্যতীত) ক্যাটারাক্ট রোগ আরোগ্য হয় না। তবে, প্রারম্ভ সময়ে, দৃষ্টি ক্রমশঃ অস্পষ্ট হইতে থাকিলে, যতদিন উহা পরিপক্ব না হয়, ততদিন চক্ষুতে অতিক্ষীণ য্যাট্রোপীন বা এসারীন প্রয়োগ করিতে থাকিলে, পার্শ্ববর্ত্তী বা মধ্যবর্ত্তী স্বচ্ছাংশের অভ্যন্তর দিয়া দৃষ্টির কিঞ্চিৎ সুবিধা ঘটিতে পারে। সম্পূর্ণ দৃষ্টিরোধ হইলে, এই রোগে অস্ত্রসাধন করাই সর্ব্বতোভাবে উপযুক্ত; এবং এইরূপ অস্ত্রসাধনই চক্ষুচিকিৎসকের গৌরব ও বিদ্যাবুদ্ধি এবং সুশিক্ষার পরিচায়ক।

অস্ত্রসাধন।—দ্বিবিধ উপায়ে এই অস্ত্রসাধন হইয়া থাকে। ১মতঃ সমস্ত অস্বচ্ছ লেন্সকে চক্ষু হইতে নিষ্কাশিত করা। ২য়তঃ, লেন্সকে স্বস্থানে আশোষিত করা। কোমল ক্যাটারাক্ট রোগে এই শেষোক্ত উপায় অবলম্বিত হয় এবং কঠিন ও মিশ্র রোগে প্রথমোক্ত উপায় গৃহীত হইয়া থাকে। তবে, যেস্থলে ক্যাটারাক্ট বহুদিবসেও ভাল পরিপক্ব হইতেছে না, তথায় যদি য়্যাট্রোপীন প্রয়োগে রোগী দূরস্থ পদার্থ স্পষ্ট দেখিতে ও লিখনাদি করিতে পারে, তবে নিম্ন ও নাসাদিকে আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধনে সামান্য আইরিস কর্ত্তন করিলে, তদ্দ্বারা

---

* যদি রোগী বহুমূত্র রোগ হইতে শারীরিক বিলক্ষণ সুস্থ হন, তবে তৎসঙ্গে ক্যাটারাক্ট সম্পূর্ণ তিরোহিত হয়। 'Trans. of Ophthalmological Soc.' Vol V, p 107 (1885) গ্রন্থে এই বিষয়ক অনেক রোগীর চিকিৎসাবিবরণ পাঠ কর। ডা টর্ণবুল হাইড্রোসায়েনিক এসিড দ্বারা বহুতর চক্ষুরোগ বিশেষতঃ ক্যাটারাক্ট রোগ আরোগ্য করিয়া বিশেষ সুখ্যাতি লাভ করিয়া ছিলেন। একটি ১ ঔন্স শিশি (যাহার মুখ একরূপে নির্ম্মিত, যে তাহা ঠিক চক্ষু আবরণ করিতে পারে) লইয়া ও তন্মধ্যে এক টুকরা স্পঞ্জ রাখিয়া তাহাতে ১ড্রাম এসিড ঢালিতে হয়। এই শিশি চক্ষুর অতি নিকটে লইয়া তাহার বাষ্প চক্ষুতে লাগাইতে হয়। কিন্তু এদিকে এরূপ সাবধান হইতে ও হয়, যেন ঐ বাষ্প আঘ্রাণ করিয়া রোগীর প্রাণ বিনষ্ট না হয়। চক্ষুতে এই বাষ্পগ্রহণের সঙ্গে সঙ্গে কোনায়ম, কোডীন, ফস্ফোরিক এসিড প্রভৃতি ঔষধ সেবন, চক্ষুতে সকস সাইনিরেরিয়া মেরিটীমা প্রয়োগ এবং গ্যালভানিক ব্যাটারি প্রয়োগেরও ব্যবস্থা দিতে হয়।

বর্দ্ধিত পরিশেষে, দৃষ্টির অনেক সুবিধা ঘটিতে পারে. এবং এতদ্দ্বারা ছানি বিলক্ষণ পরিপক্ক হইয়া নিষ্কাশিত করিবারও সুবিধা করিয়া দেয়। যাহাহউক, এই রোগ আরোগ্যার্থে অস্ত্রসাধন করিবার পূর্ব্বে উহা কোমল, কি কঠিন এবং সম্পূর্ণ অথবা আংশিক প্রভৃতি বিবেচনা করিয়া, যদ্রূপ এবং যৎসময়ে অস্ত্রসাধন করিলে, উহা আরোগ্য হইতে পারে, অগ্রে তাহাই স্থির করিতে হয়। লেন্স সম্পূর্ণ অস্বচ্ছ হইয়া দৃষ্টিরোধ না করিলে, উহাকে নিষ্কাশিত করা বিধেয় নহে। কিন্তু, এরূপ স্থলে, চক্ষুতে আলোকজ্ঞান থাকা আবশ্যক। আলোকজ্ঞান না থাকিলে, অস্ত্রসাধনে দৃষ্টির কোন উপকার দর্শে না। অধিকন্তু য়্যাট্রোপীন প্রয়োগ করিয়া আইরিসের প্রসারণক্ষমতা ও রোগীর দৃষ্টিক্ষেত্র এবং চক্ষুর বিতানাদি পরীক্ষা করাও উচিত। কারণ, এই ক্যাটারাক্ট রোগে আইরিডো-কোরইডাইটিস ও গ্লকোমা প্রভৃতি রোগ সমবেত হইলে, অস্ত্রসাধনে বিশেষ উপকার পাওয়া যায় না। অপিচ, কনজংটিভাইটিস প্রভৃতি চক্ষুর বাহ্য অবয়বের প্রদাহাদি থাকিলে, অস্ত্রসাধনের পূর্ব্বে, সেই সেই প্রদাহ আরোগ্য করা আবশ্যক। নতুবা, শস্ত্রাঘাতের পর উহা সমধিক বর্দ্ধিত হইয়া চিকিৎসকের সমুদয় পরিশ্রম বিফল করিতে পারে। এদিকে, প্রদাহযুক্ত আঘাতজনিত ক্যাটারাক্ট ভিন্ন এককালীন উভয় চক্ষুর লেন্স নিষ্কাশন করাও বিধেয় নহে। উভয় চক্ষুতে এই রোগ হইলে, অগ্রে একটী চক্ষুতে অস্ত্রসাধন করিয়া, তদ্দ্বারা কিরূপ উপকার পাওয়া যায়, তাহা দর্শন করিয়া, অপর চক্ষুতে সমধিক সাবধানে ও প্রয়োজন হইলে বিভিন্ন উপায়ে অস্ত্র-সাধন করা বিধেয়। একটী চক্ষুতে ক্যাটারাক্ট পরিপক্ক হইলে এবং অপরটী তদপেক্ষা বিলক্ষণ সুস্থ থাকিলে, এই সুস্থ চক্ষুর লেন্স বিলক্ষণ অস্বচ্ছ হইবে বলিয়া কালাপেক্ষা না করিয়া, অগ্রে পূর্ব্বচক্ষুটীতে অস্ত্রসাধন করা বিধেয়। কারণ, চক্ষু দীর্ঘকাল দৃষ্টিহীন থাকিলে, অস্ত্রসাধনের পরে রেটিনা দৃষ্টিজ্ঞান-বর্জ্জিত হইয়া, আমাদিগকে সমুদায় আশার জলাঞ্জলি প্রদান করায়। অপিচ, যেখানে পরিপক্কতার নিমিত্ত, দীর্ঘকাল অপেক্ষা করা সুবিধা হয় না, তথায় কৃত্রিম উপায়ে ক্যাপসিউল বিদ্ধ করিয়া, সত্বর ক্যাটারাক্টকে পরিপক্ক না করিয়া, অস্ত্রসাধন সময়ে, অগ্রে আইরিডেক্টমী করিয়া, ক্যাপসিউল সমবেত অস্বচ্ছ অপক্ক লেন্সকে নিষ্কাশন করাই বিধেয়। ফষ্টারের উপায়ে আইরিডেক্টমী

করিয়া হুক বা ফর্সেপ্স দিয়া কর্ণিয়াকে আস্তে আস্তে লেন্সের উপর ঘসিয়া লেন্সকে "কৃত্রিম পরিপক্ব" করা শুনিতে যদ্রূপ সুন্দর, কার্য্যে তদ্রূপ বিপদশূন্য নহে।

ভাবিফল।—রোগী যতই কেন বৃদ্ধ হউন না, যদি তাঁহার শরীর সাধারণতঃ বিলক্ষণ সুস্থ থাকে এবং চক্ষু ও শরীরে অন্যান্য রোগ না থাকে, তবে অস্ত্রসাধনের পরে দৃষ্টিসম্বন্ধে এই রোগের ভাবিফল শুভ দেখা যায়। বহুমূত্র রোগগ্রস্ত এবং অন্যান্য রোগে অসুস্থ রোগীর পক্ষে, এই অস্ত্রসাধন তাদৃশ শুভজনক নহে। তাদৃশস্থলে, চক্ষু অস্ত্রজনিত বিপদাদি সহ্য করিতে পারে না। ল্যামিলার প্রভৃতি জন্মজাত স্থলেও ভাবিফল শুভজনক নহে। তদ্বিধস্থলে চক্ষু অন্যান্য দোষাশ্রিত থাকে এবং কখন কখন অস্ত্রজনিত কষ্টাদিও সহ্য করিতে পারে না। এবম্বিধস্থলে রোগী নির্ব্বুদ্ধি প্রযুক্ত অস্ত্রচিকিৎসার সময়ে চক্ষুর সদ্ব্যবহার করিতে পারেন না। আঘাতজনিত স্থলে, আঘাতের অবস্থা অনুসারে ভাবিফল নির্ণীত হয়; কিন্তু সাধারণত রোগী অল্পবয়স্ক হইলে, লেন্স শান্তভাবে কোন প্রকার বিপদ না আনিয়া আশোষিত হইতে পারে।

অপক্কাবস্থায় অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা চক্ষুগর্ভের অবস্থা অবগত হওয়া উচিত। অত্যন্ত নিকট-দৃষ্টি রোগ পরিশেষে দৃষ্টিসম্বন্ধে অশুভজনক হয়। ভিট্রিয়সের অস্বচ্ছতা এবং তারল্যও তদ্রূপ অশুভজনক। গ্লকোমা এবং কোরইড, রেটিনা ও অপ্টিক নার্ভের কোন পীড়া শুভদায়ক নহে। গ্রানিউলার এবং ক্রণিক কঞ্জংটিভাইটিস প্রভৃতি কঞ্জংটাইভার রোগ এবং ড্যাক্রিও-সিষ্টাইটিস ও চক্ষু হইতে অনবরত জলপড়া প্রভৃতি ল্যাক্রিমাল প্যাসেজের রোগ, চক্ষুর বিতানের হ্রাস-বৃদ্ধি, তারার আকার এবং আলোকে কার্য্যকারিতা প্রভৃতির গোলযোগ বিষয়ে বিশেষ মনোযোগ দিতে হয়। এই সকল স্থলে অস্ত্রসাধনের পরে তাদৃশ শুভদায়ক হয় না।

সময়।—সমস্ত লেন্স বিলক্ষণ অস্বচ্ছ না হইলে অস্ত্রসাধনে উহাকে নিষ্কাশিত করা কদাচ উচিত নহে। যখন সমস্ত লেন্স অস্বচ্ছ হয়, তখন উহা পরিপক্ক হয়। এই অবস্থায় অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রে কোরইডের লোহিতাভা প্রতিফলিত হয় না এবং তির্য্যকভাবে আলোক পাতিত করিলে, লেন্সে আইরিসের কৃষ্ণবর্ণ ছায়াও পড়ে না। রোগী সম্মুখে ধৃত অঙ্গুলি প্রভৃতির

সংখ্যাও গণনা করিতে পারেন না। এইরূপ পরিপক্ক হইবার অগ্রে ছানি তুলিলে, উহা সহজে ক্যাপসিউল ছাড়িয়া বহির্গত হয় না—উহার স্বচ্ছ অংশের কিয়দংশ ক্যাপসিউলে অথবা তাহার প্রান্তে লগ্ন হইয়া থাকে। অস্ত্রসাধন সময়ে লেন্সের এই সকল ভগ্নাংশ তাদৃশ দৃষ্টিগোচর হয় না; সুতরাং তৎসময়ে বহির্গত করা বিলক্ষণ কষ্টকর ও অসম্ভব হইয়া থাকে। যাহাহউক, অস্ত্রসাধন সময়েই উহা বহির্গত করিতে হয়। উহা চক্ষুতে থাকিলে স্ফীত হইয়া আই-রাইটিস রোগ আনয়ন করে, এবং অস্বচ্ছ হইয়া অস্বচ্ছ মেম্ব্রেণের আকারে সমস্ত তারা সম্পূর্ণ অবরোধ করে। সাধারণত পরিশেষে এই সমস্ত ভগ্নাংশ শোষিত হইয়া যায়, কিন্তু তৎপূর্ব্বেই উহার বিদ্যমানতায় চক্ষুর চিরবিপদ ঘটাইয়া রাখে।

কখন কখন ক্যাটারাক্ট পরিপক্ক হইতে কালবিলম্ব করা রোগীর অসুবিধা-জনক হইয়া থাকে। মনে কর, অন্য চক্ষুতেও ছানি আরম্ভ অথবা তুল্যরূপ অসম্পূর্ণ পরিপক্ক হইয়া রোগীর ব্যবহারোপযোগী অথবা কর্ম্মকার্য্যের উপযোগী দৃষ্টি বিনষ্ট করিয়াছে। রোগীর আবাসস্থানও চক্ষুচিকিৎসকের বহুদূরবর্ত্তী এবং রোগী মধ্যে মধ্যে চিকিৎসকের নিকট আসিতেও সম্পূর্ণ অপারগ ও রোগীর আর্থিক অবস্থার সম্পূর্ণ প্রতিকূল। এরূপ স্থলে, কখন কখন অপরিপক্ক ছানি তুলিতেও বাধ্য হইতে হয়। এরূপ অবস্থায় অগ্রে ঊর্দ্ধদিকে আইরিডেক্টমী করিয়া ছানি তুলিবার অস্ত্রসাধনের উদ্যোগ-আয়োজন করিতে হয়; এবং দুই মাস অতীত হইলে, একটী চক্ষু হইতে ছানি তুলিতে হয়। এই উদ্যোগ-আয়োজন আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধনে রোগীর সামান্য দৃষ্টি যাহা ছিল, তাহার কোন ব্যাঘাত ঘটে না, বরং রোগী তারা বড় হওয়ায় পূর্ব্বাপেক্ষা কিঞ্চিৎ ভাল দেখিতে পান; এবং পরিশেষে ছানি তুলিলে, আইরাইটিস রোগেরও ভয় থাকে না, এবং কখন কখন শীঘ্র ছানি পরিপক্ক করে, অথবা পরিপক্ক না হইলেও তদ্রূপ অপরিপক্কাবস্থায় অস্ত্র করিলে ভয়ের তাদৃশ কোন কারণ থাকে না।

যখন একটী চক্ষুতে ছানি হইয়াছে এবং সুস্থটী দ্বারা লিখন-পঠন ও কর্ম্মকার্য্যাদি চলে, তখন পীড়িত চক্ষুর ছানি তুলা তত আবশ্যক বলিয়া বোধ হয় না। কিন্তু ঐ ছানি বিলক্ষণ পরিপক্ক হইয়া থাকিলে, কাজেই কালবিলম্ব না করিয়া উহাকে নিষ্কাশিত করা উচিত। অস্ত্রসাধনের পরে চক্ষুটী আরোগ্য

হইলে, এক্ষণে সেই চক্ষুতে এবং সুস্থ চক্ষুতে আলোকোপযোগিতার বিভিন্নতা প্রযুক্ত রোগী এই অস্ত্রসাধনে বিলক্ষণ সন্তুষ্ট হন না। কিন্তু অপর চক্ষুটী অন্ধ থাকিলে, তিনি অতিশয় আনন্দিত ও কৃতজ্ঞ হইতেন। কিন্তু, তাই বলিয়া কালবিলম্ব করিলে, ছানিপড়া লেন্সে মেদাপকর্ষ ও প্রদাহাদি ঘটিতে পারে; এবং তখন উহাকে নিষ্কাশিত করিলে, সুফল পাইবার তাদৃশ সম্ভাবনা থাকে না। যাহাহউক, এইরূপ অস্ত্রসাধনে দৃষ্টিক্ষেত্রের আয়তন বৃদ্ধিতে দুই চক্ষুর ব্যবহারও কম সুবিধাজনক নহে; এবং পরিশেষে যখন অপর চক্ষুটীতে ছানি পড়িবে, তখন উহা দ্বারাই কর্ম্মকার্য্যাদি চলিবে। উভয় চক্ষুতে ছানি পড়িয়াছে, উভয়েই কর্ম্মকার্য্যোপযোগী দৃষ্টি নাই, এবং মন্দটীতেও ছানি বিলক্ষণ পরিপক্ক হয় নাই, তখন কালবিলম্ব না করিয়া আইরিডেক্টমী করিয়া তৎসময়েই অথবা ৬।৭ সপ্তাহ পরে মন্দ চক্ষুটীর ছানি তুলাই উচিত।

অস্ত্রসাধনের পূর্ব্বে, রোগীর স্বাস্থ্যবিষয়ে বিশেষ মনোযোগ দেওয়া আবশ্যক। সবল ও সুস্থকায় না হইলে, অস্ত্রসাধনে বিফলমনোরথ হইতে হয়। ক্রণিক ব্রঙ্কাইটিস ও হাঁপানি প্রভৃতি রোগে, এই অস্ত্রসাধন বিফল হইতে পারে। দুর্ব্বলতা ও জ্বর প্রভৃতি আরোগ্য না হইলে, অস্ত্র করা বৈধ হয় না। প্রস্রাবে য়্যালবুমেন ও সুগার আছে কি না, পরীক্ষা করিয়া দেখা উচিত। অপিচ, রোগীর স্বভাব, ধাতু ও সহিষ্ণুতার বিষয়ে মনোনিবেশ করিতেও হয়; এবং অস্ত্রসাধন সময়ে ও তৎপরে, যাহাতে বৈষয়িক কার্য্যাদির নিমিত্ত মন ব্যাকুল না হয়, এই অভিপ্রায়ে অগ্রে সেই সমস্ত বৈষয়িক কার্য্য সমাধা করিয়া, মন স্থির রাখা রোগীর সর্ব্বতোভাবে উচিত।

শীতকালের প্রারম্ভে ও শেষভাগে এই অস্ত্রসাধন অতিশয় শুভদায়ক হয়। কিন্তু, পচা গ্রীষ্ম ও বর্ষা ব্যতীত সর্ব্ব সময়েই এই অস্ত্রসাধন তুল্যরূপ শুভদায়ক হইয়া থাকে। প্রাতে অস্ত্রসাধন করিতে হয়।

উদ্যোগ।—যে দিবস ছানি তুলিবার অস্ত্র হইবেক, ক্লোরোফর্ম্ম প্রয়োগ করিতে হইলে তাহার পূর্ব্ব দিবসে ক্যাষ্টর অয়েল দ্বারা জোলাপ লওয়া বিধেয়। ক্লোরোফর্ম্ম ব্যবহার করিতে হইলে, অস্ত্র হইবার ১০।১২ ঘণ্টা পূর্ব্বে রোগীকে কোন কঠিন দ্রব্য ভক্ষণ করিতে দেওয়া বৈধ নহে; এবং ৪।৬ ঘণ্টা পূর্ব্ব হইতে, তরল কি কঠিন কোন দ্রব্যই ভক্ষণ করা বিধেয় নহে। ইহাতে এবং

ক্লোরোফর্ম্ম ব্যবহারের অব্যবহিত পূর্ব্বেই মর্ফিয়ার ত্বগধঃ পিচকারী দিলে, অস্ত্রসাধন সময়ে, অথবা তৎপরে বমন হইবার তাদৃশ আশঙ্কা থাকে না। কারণ, বমন, হাঁচি ও যে সকল কার্য্যে শরীরে কোঁত পাড়িতে হয়, তাহা এই অস্ত্রসাধনে মঙ্গলকর নহে। ইথার ক্লোরোফর্ম্ম অপেক্ষা অধিক অচৈতন্যকারক; এবং উহাতে বমন হইবার স্বল্প সম্ভাবনা আছে। কিন্তু ভারতবর্ষ প্রভৃতি গ্রীষ্মপ্রধান দেশে ইথার ব্যবহার করা দুঃসাধ্য।

বমন এবং মৃত্যু আশঙ্কায়, অনেকানেক বিজ্ঞ অস্ত্রবেত্তা এই অস্ত্রসাধনে ক্লোরোফর্ম্ম ব্যবহার করিতে নিতান্ত অনিচ্ছুক। কিন্তু, নবশিক্ষিত অস্ত্রবেত্তা-দিগের পক্ষে, উহা বিশেষ উপকারক। এতদ্দ্বারা রোগী মানসিক অথবা দৈহিক অস্ত্রজনিত কোন কষ্ট অনুভব করিতে পারেন না এবং অস্ত্রাঘাতে চক্ষু বিনষ্ট হইবারও কোন সম্ভাবনা থাকে না। তবে যে মৃত্যুর আশঙ্কা করা, তাহাও নিশ্চিত হইলে, এই ক্লোরোফর্ম্ম অন্যান্য কোন অস্ত্রসাধনেও ব্যবহৃত হইত না। নিপুণ ও বহুদর্শী ব্যক্তির হস্তে ক্লোরোফর্ম্ম প্রদানের ভার দিলে, এতদ্দ্বারা মৃত্যু প্রায়ই ঘটে না। যাহাহউক, ক্লোরোফর্ম্ম ব্যবহারে রোগীকে এরূপ অচেতন করিতে হয় যে, অস্ত্রসাধন সময়ে চক্ষুতে যেন স্পর্শচেতনা না থাকে।

বিগত কতিপয় বৎসর হইতে এই অস্ত্রসাধনে ক্লোরোফর্ম্ম বা ইথার প্রয়োগের আর প্রয়োজন হয় না। শতকরা ৪ ভাগ কোকেন লোশন অস্ত্র করিবার অব্যবহিত পূর্ব্বেই কতিপয় মিনিট অন্তর অন্তর ৩।৪ বার প্রয়োগ করিলেই চক্ষু যথেষ্ট অসাড় হয়। কিন্তু, রোগীর বাটীতে অনেক সময়ে ক্লোরোফর্ম্ম ব্যবহার করিতে হয়।

অস্ত্র-মনোনীতকরণ।—কিরূপ স্থলে কি উপায়ে ছানি তুলিলে সুবিধা হইয়া থাকে, নিম্নে তাহা লিখা যাইতেছে।

নিডল অপারেশন ভাল হইলেও উহাতে আরোগ্য হইতে অধিক দিবস লাগে। ৩৫ বৎসর বয়সের পূর্ব্বজ কোমল ক্যাটারাক্ট রোগেই উহার ব্যবহার। কিন্তু, এক্ষণে উহার পরিবর্ত্তে প্রায়ই ছানি তুলিবার অস্ত্রসাধন হইয়া থাকে। সক্সন যন্ত্রের ব্যবহার কোমল ক্যাটারাক্ট রোগেই হইয়া থাকে; কিন্তু ছানি তুলিয়া ফেলিবার অস্ত্রসাধন অপেক্ষা সুবিধাজনক নহে—বরং বিপদসঙ্কুল।

কোকেন এবং পচননিবারক ঔষধাদির ব্যবহারে সাবধানে মিশ্র এবং কঠিন

ক্যাটারাক্ট রোগে (কতিপয় স্থল ব্যতীত) ছানি তুলিয়া ফেলা অপেক্ষা ভাল অস্ত্রসাধন অদ্যাপি আবিষ্কৃত হয় নাই। তবে অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে বা সময়ে আইরিডেক্টমী করা লইয়া বর্ত্তমান সময়ে অস্ত্রবেত্তাদিগের মতভেদ আছে। অস্ত্রজনিত বিপদোদ্ধারের পরে গোলাকার সঙ্কোচন-প্রসারণশীল তারা চক্ষুর ঠিক মধ্যস্থলে থাকিবে বলিয়া অনেকেই কিয়দংশ আইরিস কাটিতে অথবা অন্যান্য অবয়বে আঘাত দিতে চান না। কেহ কেহ বলেন যে, আইরিডেক্টমী করিয়া অথবা না করিয়া, ক্যাপ্‌সিউল সমবেত লেন্স নিষ্কাশন করিলে, সর্ব্বাপেক্ষা সুন্দর ফল লাভ করা যায়। যাহাহউক, অস্ত্রবেত্তা নিজের সুবিধা ও অভ্যাস-মত অস্ত্র করিলেই সর্ব্বদা সুফল ঘটে।

অধুনা প্রায় সকল অস্ত্রবেত্তাই বলেন যে, ভন গ্রেফির উপায়ে অস্ত্র করিলেই মিশ্র এবং কঠিন ক্যাটারাক্ট রোগে সর্ব্বাপেক্ষা উত্তম দৃষ্টি ঘটে। এই অস্ত্রসাধনে লেন্স সহজে বহির্গত হইবে বলিয়া আইরিডেক্টমী করিতে হয়। কর্টিকাল পদার্থ অবশিষ্ট থাকিলে, ইহাতে তাহা বহিষ্কৃত করিতে পারা যায় এবং পরে আইরিস বহির্গত হইবারও ভয় থাকে না। ফলতঃ অস্ত্র করিবার সময়ে আইরিসে আঘাত লাগা ও পরে বিদারিত স্থান দিয়া আইরিস বহির্গত হইয়া পড়িবার বিপদ অন্য কোন উপায়েই এতাদৃশ অল্প নাই। এদিকে আইরিস দুষ্ট হইলে, যদি পচননিবারক ঔষধাদি দ্বারা বাহির হইতেই কীটাণুর আক্রমণ রক্ষা করা যায়, তবে শীঘ্রই সেই বিপদ উদ্ধার হয় এবং এসারীন প্রয়োগ ও যত্নপূর্ব্বক শোষক (absorbent) ও পচননিবারক (antiseptic) ড্রেসিং করিলে, অস্ত্রাদির পরে আইরিসের প্রদাহ ও বহিরাগমনের অল্প সম্ভাবনা থাকে। ইহাতেই বুঝা যাইতেছে যে, যে অস্ত্রে পরিশেষে সুন্দর সুদৃষ্টি ঘটে, কিন্তু কিঞ্চিৎ বিপদাবহ তাহা, অথবা যাহাতে অপেক্ষাকৃত অল্প সুন্দর দৃষ্টি ঘটে, কিন্তু বিপদের আশঙ্কা পূর্ব্বাপেক্ষা অল্প, তাহা করা উচিত, ইহা অস্ত্রবেত্তার নিজেরই বিবেচ্য।

বাস্তবতঃ দেখিতে গেলে, রোগীর বয়স বিবেচনা করিয়াই আইরিডেক্টমী করিতে হয়। সাধারণতঃ অতি বৃদ্ধ ব্যক্তিদিগেরই ছানি আমাদিগকে তুলিতে হয়। এরূপ বৃদ্ধ ব্যক্তি জীবিকোপযোগী কর্ম্মকার্য্যাদি হইতে অনেক দিবস হইতেই অবসর লইয়া থাকেন এবং অনেক দিন পর্য্যন্ত ছানি রোগে তুলিতে

থাকেন। সুতরাং সাধারণ বুদ্ধিতেই বুঝা যাইতেছে যে, এরূপ রোগীর তীক্ষ্ণ দৃষ্টির তাদৃশ প্রয়োজন নাই। তিনি যাহাতে নিরাপদে সাধারণ দৃষ্টি লইয়া অবশিষ্ট জীবন অতিবাহিত করিতে পারেন, তাঁহার পক্ষে তাহাই উত্তম। আরো, যুবা এবং বলবান ব্যক্তি অপেক্ষা বৃদ্ধ ব্যক্তিদিগের অস্ত্রজনিত বিদারণ আরোগ্য হইতে অধিক দিবস লাগে। সুতরাং বৃদ্ধ ব্যক্তিদিগের আইরিস বহিঃস্থত হইবার অধিক সম্ভব; এবং বহির্গমন সময়ে লেন্স দ্বারা আইরিস ঘৃষ্ট হইলে, তাহাও ভালরূপে আরোগ্য হয় না। এই জন্য, কোন কোন অবস্থায় যুবা এবং বলবান ব্যক্তির এবং সাধারণতঃ বৃদ্ধ ব্যক্তিদিগের কর্টিকাল বা হার্ড ছানি আইরিডেক্টমী ব্যতীত কেন তুলা যাইবে? যুবা ব্যক্তিদিগের পক্ষে কোন্ অবস্থায় জিজ্ঞাসা করিলে, আইরিসের প্রসারণ ক্ষমতার কথাই প্রথমে উল্লেখ করা যায়। যদি ঐ সকল ব্যক্তির তারা কোকেন অথবা য্যাট্রোপীন প্রয়োগে পূর্ণপ্রসারিত হয়, তবে কর্ণিয়া ও স্ক্লেরটিকের সন্ধিস্থলে যথেষ্ট বিদারণ করিয়া নিরাপদে লেন্সকে বহির্গত করিতে পারা যায়। যদি এই বিদারণ যথেষ্ট না হয় অর্থাৎ যদি তন্মধ্য দিয়া বিশেষ বলপ্রয়োগ ব্যতীত লেন্স আসিতে পারিবে না এরূপ বোধ হয়, তবে উহাকে বহির্গত করিবার চেষ্টা না করিয়া, তৎক্ষণাৎ অগ্রে আইরিডেক্টমী করা উচিত। লেন্সের বহির্গমন সময়ে আইরিস আহত হইতে এবং আইরিসে লেন্স পদার্থ লগ্ন থাকিতে না দিলে, তারা পূর্ণপ্রসারিত এবং বিদারণ বৃহৎ হওয়া প্রয়োজন। লেন্স পদার্থ আইরিসে লগ্ন থাকিলে, তদ্দ্বারা ভয়ানক প্রদাহ ঘটে। এইজন্যই আইরিডেক্টমীর প্রয়োজন। যত্নপূর্ব্বক পচননিবারক ঔষধাদি ব্যবহারে ক্ষুদ্র ও বৃহৎ উভয় বিদারণই তুল্যরূপে শীঘ্র আরোগ্য হইয়া যায়—কর্ণিয়া গলিয়া পচিয়া (sloughing) যায় না। কিন্তু বিদারণ বৃহৎ হইলে আইরিস বহির্গত হইবার অধিক আশঙ্কা থাকে।

যাহাহউক, তারা যতই কেন প্রসারিত থাকুক না, লেন্স বহির্গত হইলেই উহা অত্যাধিক সঙ্কুচিত হইয়া পড়ে, এবং অনেকে বলেন যে, আইরিডেক্টমী নাই হউক অথবা অল্প আইরিস কর্ত্তিত হউক, অস্ত্রসাধনের অব্যবহিত পরেই এসারীন প্রয়োগ করিলে, আইরিস বহিঃস্থত হইবার অল্প সম্ভাবনা থাকে। অস্ত্র করিবার পরে চক্ষু খুলিয়া দিবার অগ্রে বিদারণ সম্পূর্ণ আরোগ্য হওয়া

উচিত। তবে, তাড়াতাড়ি চিকিৎসায় আইরিডেক্টমী করাই উচিত। কিন্তু অস্ত্র করিয়া পরে প্রথম ১৫ দিন যদি যত্নপূর্ব্বক চিকিৎসা হয়, তবে সেই অস্ত্র-সাধনে পরিশেষে বিশেষ ফললাভ করা যায়।

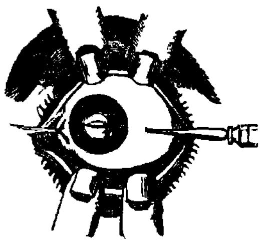
ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব অন্যবিধ অস্ত্রসাধন অপেক্ষা আইরিডেক্টমী না করিয়া এতদ্দেশে স্বপ্রবর্ত্তিত অস্ত্রসাধনে ক্যাপসিউল সমবেত লেন্স নিষ্কাশন করত বিশেষ ফল লাভ করিতেন। এতদ্দেশবাসিদিগের আহার-বিহার ও অবস্থানাদি ইউরোপীয়দিগের হইতে এত প্রভেদ যে, যাহা ইউরোপীয়দিগের পক্ষে সুফলদায়ক অস্ত্রসাধন, তাহা ভারতবাসিদিগের পক্ষে তত সুবিধাজনক নহে। ডাক্তার কেলী সাহেবেরও এই মত। তিনি কলিকাতা চক্ষু হাঁসপাতালে এক বৎসর কোমল ক্যাটারাক্ট বাদ দিয়া ১৩৫টী মিশ্র বা কঠিন ক্যাটারাক্ট অস্ত্র করেন। ইহার মধ্যে ৩৮টী গ্রেফির উপায়ে অস্ত্র হয়। তন্মধ্যে ২৯টী পরিষ্কার দৃষ্টি লইয়া হাঁসপাতাল ত্যাগ করে। ইহাতেই বুঝা যাইতেছে যে, গ্রেফির উপায়ে শতকরা প্রায় ৭৭ জন সুন্দর আরোগ্য হয়। অবশিষ্ট ৯৭ জনকে তিনি ম্যাকনামারার উপায়ে অস্ত্র করেন। তন্মধ্যে ৮৪ জন অর্থাৎ শতকরা প্রায় ৮৭ জন আরোগ্য হয়। ৩টী রোগীর আইরাইটিস হয়; এবং তাহা আরোগ্য হইয়া তাহাদের সামান্য দৃষ্টিও হইয়াছিল। এই ৯৭ জনের মধ্যে ৫৩ জনের লেন্স ও ক্যাপসিউল সম্পূর্ণ বহির্গত হইয়াছিল এবং তাহার মধ্যে কেবল একটী মাত্র খারাপ হইয়াছিল। এই ব্যক্তির ক্রণিক ব্রঙ্কাইটিস রোগ ছিল, এবং ভয়ানক কাশিতে ভিট্রিয়স চেম্বারে রক্তস্রাব হইয়াছিল। পরবর্ত্তী চিকিৎসা যতই কেন ভাল হউক না, শতকরা ৮৭ জন আরাম হওয়া অন্য কোন উপায়ে হওয়া বড়ই দুর্ঘট।

ডিপ্রেশন্ (DEPRESSION) বা কাউচিং অস্ত্রসাধন।

এই অস্ত্রসাধনে কেবল একটী সূক্ষ্ম নিডল প্রয়োজন হইয়া থাকে। উহার অগ্রভাগ চেপ্টা এবং কিঞ্চিৎ বক্র।

য়্যাট্রোপীন প্রয়োগে তারা প্রসারিত রাখিয়া, রোগী একটী জানালার আলোকাভিমুখে সম্মুখ করিয়া একখানি চেয়ারে ঠেস দিয়া ও সুস্থ চক্ষু মুদিত করিয়া বসিবেন। পরে, সাহায্যকারী ডাক্তার পশ্চাদ্দিক হইতে এক হস্ত

দ্বারা রোগীর মস্তক স্বীয় বক্ষস্থলে স্থিরভাবে ধরিবেন ও অপর হস্ত দ্বারা রোগীর ঊর্দ্ধপুট বিস্ফারিত করিয়া ধরিলে, অস্ত্রবেত্তা রোগীর সম্মুখদিকে আপন হাঁটুতে কনুই রাখিয়া আপন দেহ স্থির করত, বাম হস্তে ফর্সেপ্স্ দ্বারা রোগীর চক্ষুকে স্থির রাখিয়া, দক্ষিণ হস্তে লেখনীর ন্যায় উক্ত বক্র নিডলকে ধরিয়া ও কনিষ্ঠাঙ্গুলি দ্বারা রোগীর কপোলদেশে ঠেস রাখিয়া, নিডলটীকে কর্ণিয়া-পরিধির ঠিক ১ লাইন অন্তরে, তারার কর্ণদিকে স্ক্লেরোটিকের অভ্যন্তরে প্রবেশিত করেন। তৎপরে, তারার ভিতর দিয়া প্রবেশন সময়ে, যাহাতে নিডলের বক্রভাগ, আইরিসকে স্পর্শ না করিয়া, লেন্সকে পশ্চাদ্দিকে ঠেলিবার নিমিত্ত তদভিমুখে থাকে, এরূপ সাবধান হইতে হয়। এক্ষণে, উক্ত নিডল দ্বারা লেন্সের চতুর্দ্দিক হইতে সস্পেন্সরি লিগামেণ্ট ছিন্ন করিয়া উহার বক্র অগ্রভাগ দ্বারা লেন্সকে ভিট্রিয়স হিউমারে ঠেলিয়া ফেলিয়া দিতে হয়। কিন্তু, যাহাতে ক্যাপ্সিউল স্বস্থানে থাকে এবং লেন্সের কর্টিকাল বা ত্বক্ পদার্থ যাহাতে বিভেদিত না হয়, এরূপ সাবধান হওয়া অতীব প্রয়োজনীয়”।



মাল্লের উপায়।—বাঙ্গালা দেশে মাল এবং পশ্চিমাঞ্চলে সিদিয়া জাতি ছানি তুলিবার নিমিত্ত যে অস্ত্র করে, তাহাতে তাহারা ছানি তুলে না, উক্ত ছানিপড়া লেন্সকে পূর্ব্বোক্ত ইউরোপীয় প্রাচীন উপায়ে চক্ষুগর্ভে ঠেলিয়া রাখিয়া আইসে; অথবা উহার লিগামেণ্ট বা আইসের বন্ধনীটীকে টানিয়া বাহির করে; সুতরাং উহা চক্ষুগর্ভে পতিত হয়। যদিও এইরূপ অস্ত্রসাধনের পর হইতেই চক্ষু কিছু দিনের জন্য বিলক্ষণ দৃষ্টিজ্ঞান প্রাপ্ত হয়, তথাপি পরিশেষে অধিকাংশস্থলেই রোগী সত্বর অথবা বিলম্বে, কোরইডাইটিস, রেটিনো-কোরইডাইটিস, স্থায়ী আইরিডো-কোরইডাইটিস অথবা প্যানফ্-থ্যাল্মাইটিস প্রভৃতি চক্ষুর্নাশক রোগে আক্রান্ত হইয়া জন্মের মত অন্ধ ও চক্ষুর যন্ত্রণায় ব্যতিব্যস্ত হইয়া চক্ষুটীকে উৎপাটন করিতে বাধ্য হন। তবে, ২।১ স্থলে, যথায় উক্ত স্থানভ্রষ্ট মণি স্বভাবতঃ আশোষিত হইয়া যায়, তথায় চক্ষুতে প্রদাহ আসিতে পারে না, এবং যে স্থলে উক্ত মণি দ্বারা কোরইড প্রভৃতি স্পৃষ্ট না হয়,

তথাযও চক্ষু বিলক্ষণ সুস্থ থাকে। কিন্তু, এইরূপ রোগী গ্রীবা বিলক্ষণ অবনত করিয়া অধোদিকে তাকাইলে, অথবা অধোমুখে শয়ন করিলে ঠিক অধোদিকে দেখিতে পান না। তৎসময়ে চক্ষুগর্ত্তে পরিত্যক্ত উক্ত ছানি, তাহার সম্মুখে আসিয়া পড়ে; সুতরাং দৃষ্টিপথ অবরুদ্ধ হওয়ায়, তিনি দেখিতে পান না। অনেকানেক অস্ত্রবেত্তা এইরূপ অস্ত্রসাধন দ্বারা সফ্‌ট্‌ এবং দুগ্ধের ন্যায় তরল ও শ্বেত ক্যাটারাক্ট রোগে বিশেষ ফললাভ করিযা থাকেন বলিয়া, এই অস্ত্রসাধন, বিশেষত কঠিন ও বার্দ্ধক্যজনিত স্থলে, কোনক্রমেই ব্যবহৃত ও আদৃত হইতে পারে না। যাহাহউক, এতদ্দ্বারা শতকরা প্রায় ৫০টী চক্ষু আরোগ্য হয় এরূপ বিবরণ পাওয়া গিয়াছে; এবং প্রাচীন কালে কি ইউরোপ কি ভারতবর্ষ সর্ব্বত্রই এইরূপ অস্ত্রসাধন হইত।

ডিসিশন, সলিউশন্ বা নিড্‌ল্ (NEEDLING) অস্ত্রসাধন।

সফ্‌ট্‌, জনুলার ও ফ্লুইড ক্যাটারাক্ট রোগে, লেন্সকে আশোষিত করিতে সচরাচর এবম্বিধ অস্ত্রসাধন হইয়া থাকে। এই অস্ত্রসাধনের অগ্রে তারা য়্যাট্রোপীনে পূর্ণপ্রসারিত রাখিতে হয়। পরে, ক্লোরোফর্ম্ম অথবা কোকেন ব্যবহার করিয়া অস্ত্রচিকিৎসক রোগীর মস্তকের দিকে উপবিষ্ট অথবা দণ্ডায়মান থাকিবেন; এবং চক্ষু বোরাসিক এসিড দ্বারা ধৌত করিয়া ও ফর্সেপ্স দ্বারা স্থির রাখিয়া, কপোলদিকস্থ কর্ণিয়ার পরিধি-সন্নিকটে একটী সূক্ষ্ম নিডল তির্য্যক-ভাবে প্রবেশিত করতঃ তদ্দ্বারা লেন্সের ক্যাপসিউলের ঠিক্ সম্মুখবর্ত্তী মধ্য স্থানে, লেন্সের কর্টিকাল পদার্থকে ছিদ্রিত করিয়া থাকেন। কিন্তু, নিডলের ঠেল লাগিয়া, পাছে লেন্স ভিট্রিয়স হিউমারে পতিত হইয়া যায়, এই আশঙ্কায়, উক্ত নিডলটী অঙ্গুলি দ্বারা এদিক ওদিক ঘুরাইয়া, কুরিয়া কুরিয়া এই ছিদ্র করিতে হয়। অপিচ, নিডলটীকে লেন্স হইতে বহিষ্কৃত করিবার সময়, ক্যাপসি-উলকে তাহার স্বাভাবিক আয়তনের ন্যায় আয়তনে ছিঁড়িয়া আসাও উচিত। কিন্তু, লেন্সের অভ্যন্তরবর্ত্তী পদার্থের অবস্থা বুঝিয়া ক্যাপসিউলকে অধিক কি অল্প ছিন্ন করা উচিত। কোমল পদার্থ হইলে, অনেক দূর পর্য্যন্ত উহাকে ছিঁড়িয়া তন্মধ্যস্থ কোমল লেন্স-পদার্থকে য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বার ও কর্ণিয়ার বিভেদন দিয়া চক্ষুর বাহিরে আনিতে পারা যায়। কিন্তু, প্রথম বার অধিক ছিদ্র না করিয়া ৪।৫ সপ্তাহ অন্তর বারম্বার এইরূপ অস্ত্র করা বিধেয়। অপিচ,

লেন্সের ক্যাপসিউল এত শক্ত হইতে পারে যে, উহা নিডলের অগ্রভাগ দ্বারা বিদ্ধ হয়, কিন্তু ছিন্ন হয় না। এরূপ স্থলে, দুইটী নিডল ব্যবহার করা উচিত। প্রথম নিডলটী কর্ণিয়ার এক পার্শ্ব দিয়া সম্মুখবর্ত্তী ক্যাপসিউল বিদ্ধ করত, লেন্সকে স্থিরভাবে ধরিয়া রাখিবে। পরে, আর একটী নিডল কর্ণিযার অপর পার্শ্ব দিয়া প্রবেশিত করত, পূর্ব্ব নিডলটী ক্যাসিউলের যে স্থান ভেদ করিয়াছে, ঠিক সেই স্থানে বিদ্ধ করিয়া, দুইটী নিডলের অগ্রভাগ পরস্পর বিপরীতদিকে এরূপ টানিবে যে, তদ্দ্বারা ক্যাপসিউল ছিন্ন হইয়া যাইবে, অথচ সম্পেন্‌সরি লিগামেন্টের উপর কোন চাড় পড়িবেক না। যাহাহউক, বয়স্ক ব্যক্তিদিগের পক্ষে, এইরূপে বারম্বার অস্ত্রসাধন করিয়া সমুদায় লেন্স শোষিত হইয়া যাইতে, সচরাচর ১ বৎসর কাল লাগে। কিন্তু, প্রত্যেক পরবর্ত্তী অস্ত্রসাধনে, নিডল দ্বারা লেন্সকে ক্রমশঃ অধিক দূর গভীর পর্য্যন্ত কুরিয়া ছিদ্র করিতে হয়। কারণ, এককালীন অধিক দূর ছিদ্র করিলে, যদি ছিন্ন ক্যাপসিউলের অভ্যন্তর দিয়া কিঞ্চিৎ লেন্স পদার্থ নির্গত হইয়া আইরিসে লগ্ন হইয়া যায়, তবে আইরিসে এত ভয়ানক প্রদাহ উপস্থিত হইতে পারে যে, তদবস্থায় কর্ণিয়া চিরিয়া স্কুপ দ্বারা উক্ত লেন্স পদার্থ অথবা সমস্ত লেন্সকে নিষ্কাশন করা আবশ্যক হয়। প্রথমে স্কুপ দ্বারা উক্ত লেন্স পদার্থকে নিষ্কাশিত করিয়া, বারম্বার য়্যাট্রোপীন প্রয়োগে যদি কতিপয় দিবসের মধ্যে প্রদাহ নিবারিত না হয়, তবে আইরিডেক্টমী করিয়া আঘাতজনিত ক্যাটারাক্ট রোগের ন্যায় ভন গ্রেফির উপায়ে সমুদায় লেন্সকে নিষ্কাশিত করা পরামর্শসিদ্ধ।

পরবর্ত্তী চিকিৎসা।—অস্ত্রের পরেই চক্ষুতে ১ ফোটা উগ্র য়্যাট্রোপীন দিয়া প্রথম ২৪ বা ৪৮ ঘণ্টা বরফ বা বরফ জলে চক্ষু সর্ব্বদা ভিজাইয়া রাখিতে হয়। পরে আঘাতজনিত আইরাইটিস রোগের ভয়ে প্রত্যহ ৬ বা তদধিক বার য়্যাট্রোপীন প্রয়োগ করিতে হয়। রোগী প্রথম কতিপয় দিবস অন্ধকার গৃহে শয্যাশায়ী থাকিবেন। বেদনা, রক্তাধিক্য ও আইরিসের বর্ণ-ব্যত্যয়াদির আধিক্যে রগে জোঁক লাগাইতে হয়। গামজি টিস্যু ও ব্যাণ্ডেজ দিয়া চক্ষু বাঁধিয়া রাখিতে হয়, এবং উভয় চক্ষুই পর্দ্দা লাগাইয়া ঢাকিয়া রাখা উচিত।

সক্সন (Suction) **অস্ত্রসাধন।**—অস্ত্র করিবার প্রাথমিক কার্য্যাদি সমাধা করিয়া একটী বক্র স্থূল নিডল দ্বারা স্কেলরটিকের নিকটে কর্ণদিকস্থ কর্ণিয়ায় একটী বিদারণ করিতে হয়। পরে, টিল সাহেবের সক্সন যন্ত্রের মুখ তন্মধ্যে প্রবিষ্ট করিয়া সম্ভবমত সমস্ত লেন্স পদার্থ তদ্দ্বারা শোষিত করিয়া লইতে হয়। নিডল অস্ত্রসাধন অপেক্ষা ইহা সুফলপ্রদ হইলেও অধিক বিপদাবহ। ইহাতে আইরাইটিস ও পুযাদি হইয়া চক্ষু ধ্বংস হইতে পারে। পরবর্ত্তী চিকিৎসা নিডল অস্ত্রসাধনের ন্যায়।

ভন্ গ্রেফির লিনিয়ার অস্ত্রসাধন।

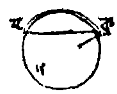
(Graefe's modified Linear Extraction)

অধুনা পরিণত ক্যাটারাক্ট রোগে এই অস্ত্রসাধনই আদৃত ও ব্যবহৃত হইয়া থাকে। ডাং ম্যাক্‌নামারা, কেলি, জোন্‌স্, ওয়েন ও সাণ্ডার্স প্রভৃতি সকলেই কলিকাতা চক্ষু-চিকিৎসালয়ে এবম্বিধ অস্ত্রসাধন করেন। ইহাতে রোগী পৃচন্দ করিতে হয় না, অথচ শতকরা প্রায় ৭৭ জন আরোগ্য লাভ করে। এই অস্ত্রসাধন পাঁচ ভাগে বর্ণিত হইবেক।

১। **কর্ণিয়া বিভেদন।**—উর্দ্ধমুখে টেবিলে একটী অনুচ্চ উপাধানে মস্তক কিঞ্চিৎ উন্নত রাখিয়া, রোগীকে শয়িত ও ক্লোরোফর্ম্মের আঘ্রাণে এরূপ অচেতন করিতে হয় যে, রোগীর চক্ষুতে যেন স্পর্শচেতনা না থাকে; অথবা কোকেন দিয়া চক্ষু সম্পূর্ণ অসাড় করিতে হয়। পরে, বাম অথবা দক্ষিণ চক্ষুর উপযোগী গ্রেফির ষ্টপ্ স্পেকিউলম্ দ্বারা, যাহাতে অক্ষিগোলক ও অক্ষিপুট তদ্দ্বারা চাপিত না হয়, এরূপভাবে পুটদ্বয়কে বিস্ফারিত রাখিতে হয়। তদ্দ্বারা অক্ষিগোলক চাপিত হইলে, অথবা রোগী কোঁত পাড়িতে থাকিলে, পরে অধিক ভিট্রিয়স নির্গত হইয়া না পড়ে, এই ভয়ে সাহায্যকারী উহাকে চক্ষুতে অস্পৃষ্ট রাখিয়া কিঞ্চিৎ সম্মুখে তুলিয়া ধরিবেন।

অতঃপর অস্ত্রবিৎ বাম চক্ষুর উর্দ্ধ-বিভাগে বিদারণ করিবার আশয়ে, বাম হস্তে স্প্রিং ফর্সেপ্স্ দ্বারা কর্ণিয়ার মধ্য স্থানের ঠিক অধোদিকে, এক ভাঁজ কনজংটাইভাকে ধরিয়া অক্ষিগোলককে স্থিরভাবে নিম্নদিকে টানিয়া রাখিবেন; এবং দক্ষিণ হস্তে গ্রেফির সঙ্কীর্ণ-ফলক ছুরিকার ধারাল প্রান্ত রোগীর ভ্রূদেশাভিমুখে ধরিয়া, উর্দ্ধ এবং কর্ণদিকে কর্ণিয়ার পরিধির সন্নিকটে ⅛ অথবা

ইঞ্চ লাইন অন্তরে, পার্শ্ববর্ত্তী চিত্রের ক চিহ্নিত স্থানে, স্কেবটিকের অভ্যন্তরে প্রবেশিত কবিয়া দিবেন। এইরূপে ছুরিকা খানি য্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারের অতিপ্রান্তভাগেই প্রবিষ্ট হইল। তৎপরে উক্ত ছুরিকার অগ্রভাগ প্রথমে অধোদিকে গ চিহ্নিত স্থানাভিমুখে প্রবেশিত করিতে হয়। কারণ, একেবারে খ চিহ্নাভিমুখে ছুরিকা চালিত হইলে, কর্ণিয়ার অভ্যন্তরদিকের বিভেদন যত টুকু হইত, ইহাতে উহা তদপেক্ষা কিঞ্চিৎ প্রশস্ত হইয়া থাকে, এবং তন্মধ্য দিয়া পরিণত লেন্স অনায়াসেই বহির্গত হইয়া আসিতে পারে। এক্ষণে ছুরিকা খানির ৩ৄ লাইন পরিমিত অংশ য্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারে প্রবিষ্ট হইলে, অর্থাৎ উহার অগ্রভাগ গ চিহ্নিত স্থানে উপনীত হইলে, ছুরিকার বাঁটটী কিঞ্চিৎ চাপিয়া, উহার অগ্রভাগকে উর্দ্ধদিকে খ চিহ্নিত স্থানাভিমুখে লইয়া, তথায় তাহাকে ফুটাইয়া বাহির করিতে হয়। স্কেবটিকের এই খ চিহ্নিত স্থান কর্ণিয়ার পরিধি হইতে ক চিহ্নিত স্থানের সমদূরবর্ত্তী।



গ চিহ্নিত স্থানাভিমুখে চালিত হইবার সময়, অসাবধানতা প্রযুক্ত ছুরিকা অধিক দূর চালিত হইলে, উহার অগ্রভাগ খ চিহ্নিত স্থান অতিক্রম করত তদপেক্ষা দূরবর্ত্তী স্কেরটিক্ ভেদ করিয়া উঠে, সুতরাং বিভেদন প্রশস্ত হয়; এবং রোগী কোঁত পাড়িতে থাকিলে, অথবা স্পেকিউলম অক্ষিগোলকে চাপিত হইলে, আইরিডেক্টমী সম্পাদন করিবার পূর্ব্বেই, অথবা লেন্স বহিষ্কৃত করিবার নিমিত্ত অক্ষিগোলকে চাপ দিবার সময়, ভিট্রিয়স বহির্গত হইয়া আইসে। এই বিপদ অতিক্রম করিবার আশয়ে, য্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারের মধ্যে গ চিহ্নিত স্থানাভিমুখে ছুরিকা প্রবেশন সময়ে, উহার ফলক আইরিসের সহিত সম্পূর্ণ সমান্তরভাবে না রাখিয়া, সম্মুখদিকে কিঞ্চিৎ বাঁকা করিতেও হয়। তাহা হইলে, কর্ণদিকস্থ বিভেদন অবশিষ্ট বিভেদনের সহিত সমভাবে সমতল হইয়া থাকে।

ছুরিকার অগ্রভাগ কর্ণিয়ার অপর দিক ভেদ করিয়া উঠিলেই, উহার ধারাল প্রান্ত চক্ষুর উর্দ্ধ এবং সম্মুখদিকে কিঞ্চিৎ ঢালুভাবে শোয়াইয়া, ছুরিকা খানির প্রায় সম্পূর্ণ ফলক অবাধে প্রবেশিত করিতে হয়। পরে, ছুরিকা খানি খুলিয়া লইবার আশয়ে, ছুরিকার অন্তর্বর্ত্তী স্কেরটিক অথবা কর্ণিয়াকে ধীরে

ধীরে ছেদন করিয়া আসিতে হয়। যদি তাহাতে ছেদন সম্পূর্ণ না হয়, তবে করাত দিয়া কাটিবার ন্যায় ধীরে ধীরে পুনর্ব্বার উক্ত ছেদন সম্পূর্ণ করিতে হয়। স্ক্লেরটিক্ ছিন্ন হইলে, ছুরিকা খানি কঞ্জংটাইভার নীচে আসিয়া উপনীত হয়। এই কঞ্জংটাইভা কাটিবার সময় ফলকের ধারাল প্রান্ত সমতলভাবে সম্মুখদিকে অথবা অধোদিকে ঘুরাইয়া ধরিতে হয়। যাহাহউক, লেন্সের আয়তন বুঝিয়া এই বিভেদন করা হইয়া থাকে; এবং বিভেদনের পরিমাণ ৫ লাইন হইলে, তন্মধ্য দিয়া সকল প্রকার লেন্স বহির্গত হইতে পারে। আর যদি বিভেদন এত ক্ষুদ্র বলিয়া বোধ হয় যে, তন্মধ্য দিয়া লেন্স সহজে বহির্গত হইবেক না, তবে এক খানি স্থূলাগ্র কাঁচি দ্বারা বিভেদনের দুই কোণ কাটিয়া কিঞ্চিৎ বৃহৎ করা উচিত। তাহা না করিয়া, কর্ণিয়ার নীচে অতিরিক্ত চাপ দিয়া, লেন্সকে বহির্গত করিলে, উহা বহির্গত হইবার পূর্ব্বে ভিট্রিয়স বহির্গত হইতে পারে; সুতরাং লেন্সকে স্কুপ দ্বারা বহির্গত করিতে হয়। অনেকে এই বিভেদন স্ক্লেরটিকে না করিয়া কর্ণিয়া-স্ক্লেরটিকের সন্ধিস্থলে অথবা কর্ণিয়ায় করিয়া থাকেন। দক্ষিণ চক্ষুর অস্ত্রসাধন সময়ে দক্ষিণ হস্তে ছুরিকা ধরিতে হয়।

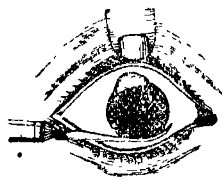
২। **আইরিডেক্টমী বা আইরিস কর্ত্তন।**—এক্ষণে ষ্টপ্ স্পেকিউলম খুলিয়া লইলে, যদি ঊর্দ্ধপুটের পতন প্রযুক্ত উক্ত বিভেদন সম্যক দৃষ্টি-গোচর না হয়, তবে সাহায্যকারীর হস্তে স্বহস্তস্থিত চক্ষুকে স্থির রাখিবার ফর্সেপ্স খানি দিলে, তিনি তদ্দ্বারা চক্ষুকে অধোদিকে অল্প টানিয়া স্থির রাখিবেন। চক্ষুতে চাপ না পড়ে, অথবা চক্ষু অধোদিকে অধিক আকৃষ্ট না হয়, এরূপ সাবধান হওয়াও তাঁহার অতীব কর্ত্তব্য। এক্ষণে অস্ত্রবিৎ একখানি ক্ষুদ্র ও সবল আইরিস ফর্সেপ্স দ্বারা কনজংটাইভার পূর্ব্বোক্ত ছিন্ন খণ্ডটীকে টানিয়া কর্ণিয়ার উপর রাখিয়া, সেই ফর্সেপ্স দ্বারাই আইরিসের মধ্যস্থান ধরিয়া ও আইরিসকে কিঞ্চিৎ টানিয়া ত্রিভুজাকারে বহির্গত করত, সিলিয়ারি সংযোগের নিকটে আইরিডেক্টমী কাঁচি দ্বারা তদংশ ছেদন করেন। ঊর্দ্ধাক্ষিপুটের অবস্থান এবং নিউক্লিয়সের আয়তন ও দৃঢ়তা অনুসারে আইরিডেক্টমীর আয়তনের প্রভেদ হইয়া থাকে। নিউক্লিয়স দৃঢ় ও বৃহৎ হইলে, অধিক দূর আইরিস, এমত কি, বিভেদনের অনুরূপ একখণ্ড আইরিস ছেদন

করা উচিত। তাহা হইলে, লেন্স বহির্গত হইবার সময় তদ্দ্বারা আইরিস্ ঘর্ষিত হইবার সম্ভাবনা থাকে না। এদিকে, রোগী আয়তলোচন হইলে অর্থাৎ উভয়াক্ষিপুট বিস্ফারিত থাকিলে, সমুদায় কর্ণিয়া অনাবৃত থাকে; সুতরাং অধিক দূর আইরিস কর্ত্তন করিলে, পরিণামে চক্ষুতে অতিরিক্ত আলোক প্রবেশ করিয়া দৃষ্টির ব্যাঘাত জন্মায় এবং দৈহিক সুন্দরতারও কিঞ্চিৎ হানি করে। যাহাহউক, আইরিস ছেদন করিবার সময়, বিভেদনের নিকট বা প্রান্তদ্বয়ের কিঞ্চিৎ অভ্যন্তরে কাঁচির ফলকদ্বয় প্রবেশিত করত, আইরিসকে একাঘাতেই ছেদন না করিয়া, অক্ষিগোলকের ব্যুজতা অনুসরণ করত পর্য্যায়ক্রমে ৩।৪ আঘাতে কিঞ্চিৎ কিঞ্চিৎ করিয়া আইরিসকে ছেদন করিতে হয়। বিভেদনের দুই কোণে আইরিসের ক্ষুদ্র অংশ সচরাচর লগ্ন হইয়া থাকে; সুতরাং তৎস্থানবর্ত্তী আইরিসের বহিঃস্থ অল্প অংশও বিশেষ সতর্ক হইয়া ছেদন করা উচিত। নতুবা, আইরিস বিভেদনে লগ্ন হইয়া থাকিলে, উহা উত্তমরূপে দৃঢ়সংযুক্ত না হইয়া, চক্ষুকে অহরহঃ উত্তেজিত করত, আইরাইটিস প্রভৃতি বিপদাবহ ঘটনা আনয়ন করে। যাহাহউক, এই সময়ে তারার স্ফিনক্টার পেশী স্বস্থানে প্রত্যাবর্ত্তন করিয়াছে কি না, তাহাও অনুধাবন করিয়া দেখিতে হয়। উহা স্বস্থানে প্রত্যাগমন না করিলে, কিউরেটি নামক শস্ত্রের কুব্জ প্রদেশ কর্ণিয়ার উপর আস্তে আস্তে বুলাইয়া, উহাকে স্বস্থানে প্রত্যানীত করা অতীব কর্ত্তব্য।

৩। **ক্যাপসিউল ছিন্নীকরণ**।—অতঃপর অস্ত্রবিৎ স্বহস্তে ফর্সেপ্স দ্বারা চক্ষু স্থির রাখিয়া, প্রিকার অথবা সিষ্টোটোমি নামক শস্ত্রের সূক্ষ্মাগ্র দ্বারা তারার অধঃপ্রান্ত হইতে ঊর্দ্ধদিকে, আইরিডেক্টমী সাধন করায় যতদূর লেন্স দৃষ্টিগোচর হয়, নাসিকা ও কর্ণ, অধঃ এবং ঊর্দ্ধ তারার দুই পার্শ্ব দিয়া দুই দিকে, তত দূর পর্য্যন্ত ক্যাপসিউল চিরিয়া দিতে হয়। আইরিসের সহিত ক্যাপসিউল কোন স্থানে কিঞ্চিৎ সংযুক্ত থাকিলে, তাহাও এই সময়ে উক্ত অস্ত্র দ্বারা অসংযুক্ত করিয়া আসিতে হয়। অবশেষে কেহ কেহ বিভেদনের সমসূত্রপাতে ক্যাপসিউলের প্রান্তভাগও আবার চিরিয়া আসেন। যাহাহউক, এই অস্ত্রসাধনে যাহাতে আইরিস আহত না হয় ও লেন্স চাপিত হইয়া ভিট্রিয়স হিউমারে নিমজ্জিত না হয়, এরূপ সাবধান হওয়া সর্ব্বতো-

ভাবে উচিত। অপিচ, প্রিকাব প্রবেশন সময়ে উহার প্রান্ত ঢালুভাবে প্রবেশিত করিতে হয়।

৪। **লেন্স বহিষ্করণ।**—তদন্তর কিঞ্চিৎ নাসিকা অথবা কর্ণদিক লক্ষ্য করিয়া, একখানি ফর্সেপ্স্ দ্বারা কর্ণিয়ার অধোদেশস্থ কনজংটাইভাকে ধরিয়া চক্ষুকে স্থির রাখিবে। অতঃপর একখানি কচ্ছপাস্থিনির্ম্মিত কিউরেটির বক্র ভাগ দ্বারা আস্তে আস্তে কর্ণিয়ার অধঃপ্রান্তে কিঞ্চিৎ নিম্ন ও উর্দ্ধবাগে চাপ দিলে, লেন্সের অগ্রভাগ কর্ণিয়ার বিভেদনের মধ্যে আসিয়া উপস্থিত হয় (পার্শ্বস্থ চিত্র দেখ)। পরে কিউরেটি খানি আস্তে আস্তে উর্দ্ধদিকে কর্ণিয়ার উপরিভাগে টানিলে, ক্রমশ সমুদায় লেন্স চক্ষু হইতে বহির্গত হইয়া আইসে।



লেন্সের উর্দ্ধ প্রান্ত বিভেদনের মুখে না আসিয়া, বিভেদনের উর্দ্ধ দিকে যাইতে থাকিলে, উহাকে প্রিকার দ্বারা পশ্চাতে কিঞ্চিৎ ঠেলিয়া দিয়া, অস্ত্রবিৎ একহস্তে ফর্সেপ্স্ দ্বারা কর্ণিয়ার নীচে ও অপর হস্তে কিউরেটি দ্বারা বিভেদনের উর্দ্ধপ্রান্তে চাপ দিতে থাকিলে, লেন্স বিভেদনের মধ্যে আসিয়া পড়ে। অতঃপর লেন্স বহির্গত হইলেও যদি কিয়দংশ কর্টিকাল্ পদার্থ লেন্স হইতে চ্যুত বা ছিন্ন হইয়া অবশিষ্ট থাকে, তবে তাহাও লেন্স বহিষ্করণের ন্যায় কিউরেটির চাপে বহিষ্কৃত করিতে হয়। ইহাতেও অল্প লেন্স পদার্থ থাকিলে, কদুষ্ণ জলের পিচকারী দ্বারা এ্যান্টেরিয়ার চেম্বার ধৌত (irrigation) করিতে হয়। ভন্ গ্রেফি সাহেব এই আধুনিক উপায়ের পূর্ব্বে, একটী কিউরেটির অগ্রভাগ দিয়া বিভেদনের সন্নিকটে স্ক্লেরটিককে চাপিয়া, বিভেদনকে কিঞ্চিৎ ফাঁক করত এবং কর্ণিয়ার অধোদিকে একটী ফর্সেপ্স দ্বারা অক্ষিগোলককে অধোদিকে টানিতে টানিতে নিম্নবাগে চাপ দিয়া, লেন্সকে বিভেদনে উপস্থিত করাইতেন, এবং তাহাতে বিফল হইলে, অথবা অতিরিক্ত ভিট্রিয়স নির্গত হইয়া পড়িলে, হুক্ অথবা স্পুন নামক শস্ত্র সম্পূর্ণ সমতলভাবে প্রবেশিত করিয়া, লেন্সকে উত্তমরূপে ধরিয়া বহির্গত করিতেন।

৫। **তারা পরিষ্করণাদি।**—এক্ষণে, স্পেকিউলম খুলিয়া চক্ষু মুদিত করত, তদুপরি অঙ্গুলি রাখিয়া অক্ষিপুটকে বিশেষত অধঃপুটকে অক্ষিগোলকের

উপবিভাগে আস্তে আস্তে মণ্ডলাকারে ঘর্ষিত করিতে থাকিলে, যদি লেন্সের প্রান্তবর্ত্তী কর্টিকাল পদার্থ আইরিসের নীচে থাকে, তবে তাহাও তাহার অন্তর্বর্ত্তী হয়; এবং উপর্য্যুক্ত প্রকারে কিউরেটির চাপে চক্ষু হইতে বহির্গত হইয়া থাকে। লেন্স-পদার্থ চক্ষুর মধ্যে অবশিষ্ট রাখা অপেক্ষা অধিক ক্ষণ পর্য্যন্ত এই উপায়ে উহাকে বহির্গত করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। অপিচ, কখন কখন একটী ক্ষুদ্র স্কুপ্ প্রবেশিত করিয়াও ক্যাপসিউলে লগ্ন লেন্সপদার্থ বহির্গত করা যায়।

উপর্য্যুক্ত সমস্ত বিষয় সমাহিত হইলে, অবশেষে স্কেরটিকের বিভেদনে, যদি আইরিস, পিগ্মেণ্ট্, রক্তকণা অথবা লেন্সত্বক্ লগ্ন থাকে, তবে তাহাও আইরিস ফর্সেপ্স দ্বারা তুলিয়া, তৎস্থান পরিষ্কার করিয়া, পূর্ব্বোক্ত কনজংটাইভার খণ্ড খানিকে স্বস্থানে প্রত্যানীত করিয়া, চক্ষুকে ব্যাণ্ডেজ দ্বারা বন্ধন প্রভৃতি অস্ত্রসাধনের পরবর্ত্তী চিকিৎসাদি করিতে হয়।

এই অস্ত্রসাধনই সর্ব্বাপেক্ষা প্রশংসনীয়। কিঞ্চিৎ পরিবর্ত্তন করিয়া আধুনিক সকল চিকিৎসকই এইরূপ অস্ত্রসাধন করেন। ক্লোরোফর্ম্ম ব্যবহৃত না হইলে, অস্ত্রসাধন সময়ে মধ্যে মধ্যে রোগীকে ২।৪টী সান্ত্বনা বাক্যে আশ্বাসিত করিবা ও উর্দ্ধদিকে বিদারণ হইলে, তাঁহাকে স্বপদাভিমুখে এবং অধোবিভাগে বিদারণ হইলে, ভ্রূদিকে তাকাইতে বলিতে হয়। ষ্টপ্ স্পেকিউলম ও ফিক্সিং ফর্সেপ্স্ ব্যবহৃত না হইলে, এক হস্তের একটী অঙ্গুলি দ্বারা উর্দ্ধপুট টানিয়া তাহাকে অক্ষিকোটরের প্রান্তদেশে স্থির রাখিয়া, যাহাতে অক্ষিগোলক ঘুরিয়া আসিতে না পারে, এই অভিপ্রায়ে অপর একটী অঙ্গুলি কর্ত্তিয়ার যে দিক ছুরিকা দিয়া ভেদ করিতে হইবে তাহার অপর দিকে, স্কেরটিকের উপর আস্তে আস্তে রাখিয়া দেন। সাহায্যকারী সুবিধা বুঝিয়া রোগীর দক্ষিণ অথবা বাম পার্শ্বে উপবিষ্ট অথবা দণ্ডায়মান থাকিয়া, অধঃপুট এরূপে অধোদিকে টানিয়া ধরেন যে, উহা যেন উল্টাইয়া না যায়, অথবা অক্ষিগোলকে চাপ না পড়ে। কিন্তু, পক্ষ্মগুলি ধরা উচিত নহে। অক্ষিপুট আর্দ্র হইয়া অঙ্গুলি হইতে পিচ্লাইয়া যাইলে, একখণ্ড টুক্রা বস্ত্র দ্বারা অক্ষিপুট চাপিয়া ধরেন। বিদারণ কর্ত্তিয়ার উর্দ্ধ ও অধঃ উভয় দিকেই হইতে পারে। উর্দ্ধদিকে হইলে, প্রশস্ত উর্দ্ধপুট দ্বারা উক্ত বিদারণ রক্ষিত হইয়া জুড়িয়া যাইতে বিলক্ষণ সুবিধা পায়; এবং তজ্জনিত দাগ বা কৃত্রিম তারাও আবৃত থাকে।

অধোদিকে হইলে, পুটপ্রান্তের ঘর্ষণ বা প্রবেশনে চক্ষু উত্তেজিত হয় ও বিদারণ জুড়িয়া যাইতে বাধা পায়। কিন্তু, অধোদিকে বিদারণ করা সহজসাধ্য। তথায় ক্যাপসিউল সহজে ছিন্ন হয়, লেন্স সহজে বহির্গত হয়, এবং লেন্স-পদার্থকেও সহজে বহির্গত করিতে পারা যায় বলিয়া, অধোদিকে অস্ত্রসাধনে নিপুণতা জন্মিলে, ঊর্দ্ধদিকে বিদারণ করিতে শিক্ষা করা উচিত। ছুরিকা খানি চালাইবার সময় ছুরিকার অগ্রভাগের প্রতি দৃষ্টি না রাখিয়া, বেধনীয় স্থানের প্রতি দৃষ্টি রাখিতে হয়; এবং উহার ফলক যাহাতে ঘুরিয়া না যায় এবং ধারাল দিকে চাপ না পড়িয়া যাহাতে ফলকের অধঃপৃষ্ঠের দিকে চাপ পড়ে, এরূপ যত্ন করিলে, অর্থাৎ যেন ফলকের পৃষ্ঠ দিয়া কাটিতেছি এরূপ মনে করিলে, ফলক যেমন চক্ষুর মধ্যে প্রবিষ্ট ও পরে বহির্গত হইতে থাকে, অমনি কর্ণিয়া বা স্কেরটিক কাটিয়া যায়, অথচ তাহাতে য্যাকিউয়স অগ্রে নিঃসৃত হয় না। বিদারণ শীঘ্র সমাধা করিতে হয়। নতুবা, হঠাৎ পেশী সঙ্কুচিত, লেন্স বহির্গত ও ভিট্রিয়স নিঃসৃত হইতে পারে। আর্দ্র কোমল বস্ত্রখণ্ড অথবা স্পঞ্জ দ্বারা উক্ত নির্গত য্যাকিউয়স ও ভিট্রিয়স আস্তে আস্তে পুটোপরি বা চক্ষু হইতে অতি সাবধানে মুছিয়া লইতে হয়। লেন্স বহির্গত করিবার সময় কিউরেটির নুব্জ প্রদেশ অথবা দক্ষিণ হস্তের বৃদ্ধাঙ্গুলির অগ্রভাগ রোগীর অধঃপুটোপরি অথবা স্কেরটিকের অধোবিভাগের উপর রাখিয়া, তদ্দ্বারা অক্ষিগোলকের উপর প্রথমে আস্তে একটী অল্প স্থির চাপ দেওয়া উচিত। পরে, বাম হস্তের বৃদ্ধাঙ্গুলির অগ্রভাগ বিদারিত কর্ণিয়ার ঊর্দ্ধদিকে স্কেরটিকের উপর রাখিয়া, তদ্দ্বারা পরক্ষণেই তথায় আর একটী আস্তে চাপ দেওয়া উচিত। এইরূপে দুই দিকে আস্তে আস্তে পর্য্যায়ক্রমে সমভাবে চাপ দিতে হয়। অধঃপুট অথবা অধঃস্কেরটিকে প্রথমে যে চাপ দেওয়া যায়, তাহা চক্ষুর পশ্চাৎদিক লক্ষ্য করিয়া দিতে হয়। কারণ, তাহা হইলে লেন্সের ঊর্দ্ধপ্রান্ত অগ্রসর হইয়া তারার ঊর্দ্ধবিভাগে আসিয়া পড়ে। কিন্তু, তৎপরবর্ত্তী চাপ গুলি চক্ষুর অল্প ঊর্দ্ধ ও পশ্চাদ্দেশ লক্ষ্য করিয়া প্রদত্ত হইয়া থাকে। কারণ, তাহাতে লেন্স ক্রমশ প্রসারিত তারার অভ্যন্তর দিয়া য্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারে এবং তথা হইতে কর্ণিয়ার বিদারণ দিয়া চক্ষু হইতে বহির্গত হইয়া পড়ে। স্থিরভাবে আস্তে আস্তে চাপ না দিলে, লেন্স সহসা বেগে বহির্গত হইতে পারে এবং হায়েলইড

মেম্ব্রেণও ছিঁড়িয়া যাইতে পারে, সুতরাং লেন্স কর্ণিয়ার ভিতর দিয়া আসিবার সময় এই চাপ আল্‌গা অথবা বন্দ করা উচিত। লেন্স বিদারণের মধ্যে আটকাইয়া গেলে, উহাকে কিউরেটি দ্বারা টানিয়া বহির্গত করা যাইতে পারে। লেন্সের ভগ্নাবশিষ্ট অংশ মূল উপায়ে য্যাণ্টেরিয়ার চেম্বার বা কর্ণিয়ার বিদারণে আসিলে, তথা হইতে একখানি সূক্ষ্ম সরল বা বক্র ফর্সেপ্স্ অথবা কিউরেটি দ্বারা নিষ্কাশিত করিবার সুবিধা হইতে পারে। অস্ত্রবিৎ উভয় হস্তে ছুরিকা-চালনা করিতে না পারিলে, রোগীর দক্ষিণ ও বাম চক্ষুতে অস্ত্রসাধন সময়ে সুবিধামত আপন অবস্থানাদি নির্ণয় করিয়া লয়েন। আইরিডেক্টমী করিতে না হইলে, বিদারণ করিয়াই তাহার মধ্য দিয়া ক্যাপসিউলকে বিদারিত করিয়া আসিতে হয়। পরে, চাপ দিয়া লেন্স বহির্গত করিতে হয়।

অস্ত্রসাধন সময়ে অশুভ ঘটনা।—ঊর্দ্ধদিকে বিদারণ করিতে ছুরিকা খানির ধারাল প্রান্ত ঊর্দ্ধমুখে প্রবেশিত না করিয়া, ভ্রমক্রমে নিম্নাভিমুখে প্রবেশিত করিলে, সে দিবস অস্ত্র-করা বন্দ রাখিয়া অধিক য্যাকিউয়স বহির্গত হইতে না পারে এরূপ সাবধানে, ছুরিকা খানি আস্তে আস্তে খুলিয়া লইতে হয়। অধিক য্যাকিউয়স বহির্গত হইয়া পড়িলে, আইরিস কর্ণিয়ার নিকট ঠেলিয়া আইসে, সুতরাং ২।৪ দিবস গত না হইলে, পুনর্ব্বার য্যাকিউয়স জন্মিতে পারে না। সামান্য য্যাকিউয়স বহির্গত হইলে, সেই দিবস পুনর্ব্বার ছুরিকা প্রবেশ করান যাইতে পারে।

ছুরিকা কর্ণিয়ার দুই দিকে এফোঁড়-ওফোঁড় হইলে, কর্ণিয়া বিদারিত করিতে কালবিলম্ব করিলে, অধিক য্যাকিউয়স নির্গত হইয়া আইরিস ছুরিকার প্রান্তে লগ্ন হইয়া পড়ে। ছুরিকার অগ্রভাগ ওফোঁড় হইবার অগ্রেই য্যাকিউয়স কঞ্জংটাইভার নীচে থলিবৎ হইয়া ছুরিকার অগ্রভাগকে অদৃশ্য করিলেও ছুরিকা পূর্ব্ববৎ চালাইয়া বিদারণ শেষ করিতে হয়।

ক্যাপসিউল অসম্পূর্ণ বিদারিত হইলে, লেন্স বহির্গত হয় না। সুতরাং পুনর্ব্বার সিষ্টোটমি ব্যবহার করা উচিত, অর্থাৎ চতুর্থ প্রকরণে যদি লেন্স সহজে তাহার অভ্যন্তরে না আইসে, তবে অতিরিক্ত চাপ দিয়া উহাকে বহির্গত করা কোন মতেই বৈধ হয় না। এরূপ স্থলে, পুনর্ব্বার অনেক দূর পর্য্যন্ত ক্যাপসিউল ছিন্ন করিয়া আসা উচিত। যদি ক্যাপসিউল এত চিমৃশে

কঠিন হয় যে, সহজে সিষ্টোটমি দ্বারা বিদ্ধ হয় না, তবে উহা কখন কখন লেন্সের সহিত আপনি বহির্গত হইয়া আইসে। কখন কখন ছুরিকার অগ্রভাগ দ্বারা উহাকে বিদারিত করিয়া, অথবা কখন কখন হুক, বা আইরিস ফর্সেপ্স দ্বারা উহাকে বাহির করা যাইতে পারে।

লেন্সের সহিত অল্প পরিমিত ভিট্রিয়স বহির্গত হইয়া আসিলে, তাহাতে কোন ক্ষতিবৃদ্ধি হয় না। কিন্তু, উক্ত বহির্গত ভিট্রিয়স চাঁচিয়া লওয়া অপেক্ষা তৎক্ষণাৎ চক্ষু মুদিত করিয়া কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করা উচিত। এদিকে, রোগী কোঁত পাড়িতে অথবা হাত পা ছুড়িতে থাকিলে, অথবা বিদারণ কর্ণিয়ায় না হইয়া স্ক্লেরটিকে হইলে, যদি লেন্স বহির্গমনের পূর্ব্বেই ভিট্রিয়স বহির্গত হইয়া আইসে, তবে লেন্স অবশিষ্ট ভিট্রিয়স হিউমারে নিমজ্জিত হইয়া, প্যানফথ্যাল্মাইটিস প্রভৃতি চক্ষুধ্বংসকারক রোগাদি আনয়ন করিতে পারে। ক্যাপসিউল বিদারণ করিবার সময়ে অধিক চাপেও এরূপ ঘটনা ঘটে। এই নিমিত্ত তদবস্থলে, যাহাতে অক্ষিগোলকে আর কোন চাপ না লাগে এরূপ করিয়া, সাধ্যায়ত্ত হইলে, হুক, স্কুপ অথবা স্পুন দ্বারা উহাকে টানিয়া বহির্গত করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। অতিরিক্ত ভিট্রিয়স বহির্গত হইলে, পরিণামে এই অস্ত্রসাধনে বিশেষ উপকার লাভ করা যায় না।

কখন কখন অস্ত্র করিবার সময়, অথবা তাঁহার ২।১ ঘণ্টা পরে, ভিট্রিয়স হিউমারে রক্তস্রাব হইয়া পড়ে। সচরাচর রেটিনা ও কোরইডের রক্তশিরা সকল পীড়িত হইয়া, গ্লকোমা প্রভৃতি রোগগ্রস্ত চক্ষুতেই এইরূপ দুর্ঘটনা ঘটে। কিউরেটীর অগ্র দিয়া কিঞ্চিৎ চাপ দিয়া এই রক্ত বাহির করিবার চেষ্টা করা উচিত। এইরূপ দুর্ঘটনা ঘটিলে, চক্ষু একেবারেই বিনষ্ট হইয়া যায়।

কখন কখন লেন্স বহির্গত হইয়া গেলে, চক্ষুর বিতান অথবা কর্ণিয়ার স্থিতিস্থাপকতা লঘু হওয়ায় বিদারিত বিভাগ এমত লোল ও চুপসিয়া যায় যে, বিদারিত প্রান্ত পরস্পর মুখে মুখে থাকিতে না পারিয়া ফাক হইয়া থাকে। এরূপ স্থলে, পরিশেষে কর্ণিয়া বিগলিত হইয়া চক্ষু বিনষ্ট হইয়া যায়। কিন্তু, য়্যাকিউয়স নিঃসরণ প্রযুক্ত কর্ণিয়া যে সামান্য টোল খাইয়া পড়ে, তাহা পুনর্ব্বার য়্যাকিউয়স সংযত হইয়া শীঘ্র পূর্ব্ববৎ উন্নত হইয়া উঠে। উভয় চক্ষুর ছানি তুলিতে হইলে, এক চক্ষুর ছানি তুলিয়া উপর্যুক্ত দুর্ঘটনাদি ঘটিলে,

অপর চক্ষুতে অন্য কোন বিধ উপায়ে অস্ত্রসাধন করা বৈধ হইয়া থাকে; এবং তত্তৎস্থলে, যাহাতে অক্ষিপুট দ্বারা কর্ণিয়ার ছিন্ন অংশ উল্টাইয়া না যায়, এরূপ সাবধান হওয়া অতীব কর্ত্তব্য।

লেন্স বহির্গত হইলে, যদি বিদারণের অভ্যন্তর দিয়া আইরিস বহির্গত হইয়া আইসে, অর্থাৎ যদি তাহা বিশৃঙ্খল হইয়া পড়ে, তবে অক্ষিপুট মুদিত করিয়া, অক্ষিগোলকের উপরি উপরি মণ্ডলাকারে আস্তে আস্তে পাতা ঘর্ষিত করিয়া, আইরিসকে স্বস্থানে এবং তাহাকে প্রকৃত অবস্থায় নীত করা অবশ্য কর্ত্তব্য। উহা স্বস্থানে প্রত্যানীত না হইলে, একখানি স্থূলপ্রান্ত কিউরেটি দ্বারা আস্তে আস্তে ঠেলিয়া উহাকে চক্ষুর অভ্যন্তরে নিহিত করা বিধেয়। ইহাতেও বিফল হইলে, অথবা লেন্স নির্গমনের সময় আইরিস বিশৃঙ্খল হইয়া যাইলে, উক্ত বহিঃস্থিত অংশ টানিয়া আরো কিঞ্চিৎ বহির্গত করত ছেদন করিয়া লওয়া আবশ্যক। নতুবা, তদ্দ্বারা অনেক অনিষ্ট ঘটে। ম্যাক্‌নামারার অস্ত্রসাধনে এই বিপদ অধিক ঘটিতে পারে।

ম্যাক্‌নামারার অস্ত্রসাধন (Macnamara's Operation)।

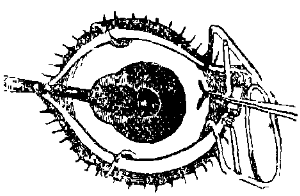
ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব স্বপরিবর্ত্তিত লিনিয়ার অস্ত্রসাধনে আইরিডেক্টমী না করিয়া, কঠিন ও মিশ্র ক্যাটারাক্ট রোগে, ক্যাপসিউলের সহিত লেন্স বহির্গত করিয়া থাকেন। তিনি উহা নিম্নলিখিতরূপে সমাধা করেন। ডাং প্যাজেনষ্টেচার প্রভৃতিও এই মতাবলম্বী।

"অ্যাট্রোপীন প্রয়োগে তারা পূর্ণ-প্রসারিত করিতে হয়। পরে, রোগীকে টেবিলে ঊর্দ্ধমুখে শয়িত ও ক্লোরোফর্ম্মের আঘ্রাণে সম্পূর্ণ অচেতন অথবা কোকেন লোশনে চক্ষু অসাড় করতঃ, অক্ষিপুটে ষ্টপ্ স্পেকিউলম বিনিবেশিত করিয়া করোসিভ সব্লিমেট লোশন দ্বারা চক্ষু উত্তম রূপে ধৌত করিতে হয়।

"এক্ষণে মনে কর, দক্ষিণ চক্ষুতে অস্ত্র করিতে হইবে। অস্ত্র-চিকিৎসক রোগীর পশ্চাদ্দিকে দণ্ডায়মান থাকিয়া, অক্ষিগোলককে স্থির রাখিবার নিমিত্ত একখানি সদন্ত ফর্সেপ্স্ দ্বারা চক্ষুর নাসিকাদিকস্থ ইণ্টার্নেল রেক্টাই পেশীকে ধৃত করিবেন। অপর হস্তে, একখানি ক্ষুদ্র ও প্রশস্তফলক ত্রিভুজাকার ছুরিকা লইয়া, তাহার অগ্রভাগ কপোলদিকস্থ কর্ণিয়ার পরিধিভাগে স্ক্লেরটিকের সম্মিলন স্থলে প্রবেশিত করেন। কিন্তু ঠিক পরিধিভাগে প্রবেশিত না করিয়া,

কিঞ্চিৎ কর্ণিযার অভিমুখে উহাকে প্রবেশিত করা উচিত। এইরূপে প্রায গোড়া পর্য্যন্ত সমুদায ফলক আইরিসের সম্মুখে এবং সমান্তরভাবে এমত প্রবেশিত করিতে হয যে, তাহাতে কর্ণিয়ায প্রায ½ ইঞ্চি পরিমিত একটী বিভেদন হইবে এবং ছুরিকার অগ্রভাগ অপর দিকে কর্ণিযা স্ক্লেরটিক পর্য্যন্ত যাইবে।

"অতঃপর ছুরিকা পরিত্যাগ করিয়া, কিন্তু অক্ষিপুট তদবস্থায় বিস্ফারিত ও অক্ষিগোলক তদবস্থায স্থির রাখিয়া, এক খানি স্কুপ তাবার প্রান্ত পর্য্যন্ত য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারে প্রবেশিত করিতে হয। পরে, স্কুপের বাঁট কিঞ্চিৎ তুলিযা ধরিলে, স্কুপের গোল মস্তক নত হইযা তাবার অভ্যন্তর অতিক্রম করিযা গিযাই লেন্সের ক্যাপসিউল স্পর্শ করিবে। এক্ষণে, স্কুপটী লেন্সের স্পর্শ ত্যাগ না করে, অথচ তদ্দ্বারা অনেক দূর পর্য্যন্ত তাবা এত উন্মুক্ত থাকে যে, স্কুপের উক্ত মস্তক দ্বারা লেন্সের প্রান্তে চাপ দিতে পারা যায, এমতভাবে উহাকে কিঞ্চিৎ সরাইযা আনিবে। এইরূপ করিলেই, লেন্স তৎক্ষণাৎ উল্টাইয়া চিৎ হইযা পড়ে, এবং স্কুপটী আরো অধিক দূর ঠেলিযা দিলে, উহার খোলের মধ্যে লেন্স শযিত হইযা পড়ে, এবং তাহা হইলেই এই সমযে উহাকে চক্ষু হইতে বহির্গত করা যায। য়্যাণ্টেরিযার চেম্বারের মধ্যে কোন লেন্স-



পদার্থ অবশিষ্ট থাকিলে, অথবা এই সকল কার্য্যে ক্যাপসিউল ছিঁড়িযা যাইলে, তাহাও এই স্কুপ অথবা সকৃশন যন্ত্র দ্বারা বহিষ্কৃত করা উচিত।"

পরবর্ত্তী চিকিৎসা।—চক্ষু হইতে লেন্স বহির্গত হইলে, তৎপরে চক্ষু আরোগ্য পর্য্যন্ত নিম্নলিখিতরূপে চিকিৎসা করিতে হয।

চক্ষু হইতে যন্ত্রাদি খুলিযা যাহাতে কর্ণিযার বিভেদন ২৪ ঘণ্টার মধ্যেই আপনা-আপনি জুড়িযা যাইতে পারে, এই অভিপ্রায়ে উহার দুই কিনারা মুখে মুখে লগ্ন রাখিবে। পরে চক্ষু ক্ষীণ বাইক্লোরাইড লোশনে (৬,০০০, ১ভাগ) ধৌত করিবা এবং প্রযোজনমতে নূতন প্রস্তুত ১ফোটা উগ্র য়্যাট্রোপীন বা এসারীণ লোশন প্রয়োগ করত উভয় চক্ষুর পাতা আস্তে আস্তে মুদিত রাখিতে হয। অতঃপর পাতার চর্ম্মে ও প্রান্তে আইডোফর্ম মলম (২ গ্রেণ, ভ্যাসালীন

১ ঔন্স) লাগাইয়া তদুপরি কয়েক পর্দা শোষক ও পচননিবারক গাজ রাখিবে। বোরাসিক গাজে সুন্দর কার্য্য চলে। কিন্তু বোধ হয় সায়েনাইড অব জিঙ্ক এবং মার্কিরির গাজ তদপেক্ষা উত্তম। এই টুকরা টুকরা গাজের উপর ভ্রূ ও নাসিকার ঔন্নত্য পর্য্যন্ত য্যান্টিসেপ্টিক উল (পচননিবারক পশম) বসাইতে হয়। পরে, এই সমস্ত আবৃত করিয়া একখানি স্থিতিস্থাপক ব্যাণ্ডেজ অথবা প্যাতলা মলমল বা গামজী টিসু দ্বারা উভয় চক্ষুকেই অতি সাবধানে কর্ণদ্বয় খোলসা রাখিয়া অর্থাৎ উভয় কর্ণের উপর ও নীচে দিয়া মস্তক বেড়িয়া দুইটী মাত্র ফেরতা দিয়া বাঁধিলেই যথেষ্ট হয়।

যাহাতে শিথিল না হয়, অথচ চক্ষুতে অতিরিক্ত চাপ না পড়ে, কেবল বিদারণের প্রান্তদ্বয় পরস্পর মুখে মুখে বিশ্রান্তভাবে থাকিতে পারে, এরূপভাবে অস্ত্র করিবার টেবিলেই ব্যাণ্ডেজ বাঁধিয়া রোগীকে অন্ধকার গৃহে আপন শয্যায় উর্দ্ধমুখে মস্তক অল্প উন্নত রাখিয়া আস্তে আস্তে এরূপে শয়িত রাখিবে যে, তাহাতে ব্যাণ্ডেজ যেন শ্লথ হইয়া না পড়ে, অথবা তদ্দ্বারা চক্ষুতে অতিরিক্ত কোন চাপ বা চাড় না লাগে। ব্যাণ্ডেজের কাপড় অল্পাধিক বিস্তৃত হইলে এবং তদ্দ্বারা কেবল চক্ষু না চাপিয়া ললাট ও ভ্রূদেশে আঁটিয়া বাঁধিলে, চক্ষুতে চাপ লাগে না।

সাত দিন পর্য্যন্ত উভয় চক্ষুই ব্যাণ্ডেজাদি দ্বারা এইরূপে আবদ্ধ রাখিবে; এবং ২য় বা ৩য় দিবস হইতে প্রত্যহ প্রাতঃসন্ধ্যা অথবা প্রাতে এই ড্রেসিং সাবধানে পরিবর্ত্তন করা ও কদুষ্ণ ক্ষীণ বাইক্লোরাইড অব মার্কারী লোশনে পুটপ্রান্ত ধৌত করা উচিত। অশ্রু ও চক্ষুর রসাদি এই ড্রেসিংএ শোষিত হইয়া থাকে। যাহাহউক, ড্রেসিং পরিবর্ত্তন সময়ে নীচের পাতা কিঞ্চিৎ টানিয়া ধরিলেই তন্মধ্যস্থ সঞ্চিত অশ্রু বহির্গত হইয়া যায়। চক্ষুতে কখন কখন অতিরিক্ত চাপ দিবার প্রয়োজন হইলে, মুদিত পাতার উপর আইডোফর্ম্ম মলম, কোল্ড ক্রিম, ভ্যাসালীন অথবা ঘড়ির তৈল মাখাইয়া সাবধানে অল্প আঁটিয়া ব্যাণ্ডেজ বাঁধিবে। কেহ কেহ ব্যাণ্ডেজ বাঁধিবার অভিপ্রায়ে স্ত্রী-পুরুষ প্রভেদ না করিয়া, অস্ত্রসাধনের পূর্ব্ব হইতেই রোগীর মস্তকে "নাইট ক্যাপ" টুপি পরাইয়া রাখেন, এবং ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করিয়া ঐ ব্যাণ্ডেজের আলপিন ঐ টুপির দুই পার্শ্বে আঁটিয়া দেন।

ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করিতে, অতিনিপুণ বহুদর্শী চিকিৎসককেও অতি সাবধান হইতে হয়, সুতরাং এই বিষয় নবশিক্ষিত সাহায্যকারী অথবা কোন ড্রেসারের হস্তে নির্ভর না করিয়া, অস্ত্রচিকিৎসক স্বয়ং অথবা কোন বহুদর্শী সাহায্যকারী দ্বারা সমাধা করিতে পারেন। হাঁচি, কাশি ও কোঁতপাড়া প্রভৃতি দ্বারা কোনরূপ বিপদ না ঘটিলে, ৩৬ ঘণ্টার মধ্যে এই ব্যাণ্ডেজ পরিবর্ত্তন করা, প্রথম কতিপয় ঘণ্টা এপাশে ওপাশে মস্তক ফিরান অথবা রোগীকে শয্যা হইতে গাত্রোত্থান করিয়া ইতস্ততঃ ভ্রমণ করিতে দেওয়া, কোনমতেই বিধেয় নহে। এই ৩৬ ঘণ্টার পরে তাঁহাকে অন্ধকার গৃহে আবদ্ধ রাখিবার তাদৃশ প্রয়োজন নাই। সুবিধাজনক স্থলে, ৩য় দিবস ভিন্ন রোগীকে শয্যা ত্যাগ করিতে দিতে নাই। অশ্রুজলে প্যাড ভিজিয়া চক্ষুতে অসুখ বোধ হয় বলিয়া, প্রাতঃসন্ধ্যা দুই বার অথবা প্রয়োজন হইলে, তদধিক বার এই ব্যাণ্ডেজ ও প্যাড অতি সাবধানে পরিবর্ত্তন করা উচিত। ব্যাণ্ডেজ পরিবর্ত্তনের সময় প্যাডে কিরূপ অশ্রু কত পরিমাণে নিঃসৃত হইয়াছে, তাহা পরীক্ষা করিলে, চক্ষুর অবস্থা জ্ঞাত হওয়া যায়। যদি অক্ষিপুটদ্বয় জুড়িয়া যায়, তবে কদুষ্ণ বাইক্লোরাইড লোশনে ন্যাকড়া ভিজাইয়া, তাহা পুটোপরি আস্তে আস্তে বুলাইয়া পূয পরিষ্কার করা উচিত, এবং অক্ষিপুটের উপরি গ্লীসারিণ বা আইডোফর্ম্ম মলম মাখাইয়া ব্যাণ্ডেজ পরিবর্ত্তন করিলে, রোগী বিলক্ষণ আরাম বোধ করে। কিন্তু, পরিক্ষরণার্থে চক্ষু উন্মিলিত করা অথবা ব্যাণ্ডেজ পরিবর্ত্তনের সময়ে, পুটোপরি কোন চাপ বা চাড় লাগা অথবা পাতা ঘর্ষিত হওয়া, কদাচ উচিত নহে। কারণ, তাহা হইলে বিচ্ছেদন সংযুক্ত না হইয়া, পরিশেষে চক্ষু বিনষ্ট হইতে পারে।

এইরূপে প্রথম দুই দিবস গত হইলে, ৩য় দিবস ব্যাণ্ডেজ পরিবর্ত্তনের সময় কেবল অধঃপুট কিঞ্চিৎ উল্টাইয়া তন্মধ্যে ২।১ ফোটা উগ্র য্যাট্রোপীন (৩৮ ব্য) প্রয়োগ করিলে, চক্ষুতে বিলক্ষণ আরাম বোধ হয় এবং তারা প্রসারিত থাকিয়া সেকেণ্ডারি ক্যাটারাক্ট ও আইরাইটিস রোগ হইবারও সম্ভাবনা থাকে না। য্যাট্রোপীনে উত্তেজনা আনয়ন করিলে; বেলেডোনা বা ডিউবয়েসীন লোশন (৪১, ৪৪ ব্য) ব্যবহার করা উচিত। কেহ কেহ আইরাইটিস রোগের প্রবল বেদনা আশঙ্কা করিয়া, অস্ত্রসাধনের পরেই

ব্যাণ্ডেজ বন্ধন সময়ে, পুট ওণ্ড্রদেশোপরি একোনিসিয়া অথবা বেলেডোনা অয়েণ্টমেণ্ট (৭৯, ৮১, ৮৪ ব্য) মাখাইয়া, পরে চক্ষুতে ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করিয়া থাকেন।

অস্ত্রসাধনের ২।১ ঘণ্টা পরে, রোগী চক্ষুতে অস্ত্রসাধন প্রযুক্ত সচরাচর স্বভাবত কিঞ্চিৎ চাপ ও বিবিদ্ধবৎ জ্বালা বোধ করেন, এবং কিয়ৎক্ষণ ভাল থাকিয়া পুনরায় অনুভব করেন। চক্ষু অন্যান্য বিষয়ে ভাল থাকিলে সচরাচর ১২ ঘণ্টার মধ্যেই এই অসুখ দূরীভূত হয়। শোষক তুলার ড্রেসিং সত্ত্বেও মুদিত পাতার ভিতর অশ্রু সংযত হওয়াই ইহার কারণ হইলে, মধ্যে মধ্যে নিম্নপুট আস্তে আস্তে উল্টাইয়া দিতে হয়। অস্ত্রের দিবসে সন্ধ্যার সময় চক্ষুতে অধিক যাতনা হইলে, ড্রেসিং না খুলিয়া কেবল ব্যাণ্ডেজ খুলিয়া, চিকিৎসক তথায় ১ঘণ্টা কাল অপেক্ষা করিয়া দেখিবেন, বেদনা নিবারণ হইল কি না? যদি তথাপি বেদনা থাকে, তবে ড্রেসিং খুলিয়া অধঃপুট টানিয়া ১ ফোটা য্যাট্রোপীন প্রযোগ করত পুনরায় ড্রেসিং ও ব্যাণ্ডেজ বাঁধিবে এবং মর্ফিয়ার ত্বগধঃ পিচকারীও দিবে। যদি রাত্রিকালে শয়নসময়ে চক্ষুতে অতিরিক্ত অথবা অবিশ্রান্ত যাতনা বোধ হয় এবং চক্ষুতে গরম বোধ হয় ও বিশ্রামের ব্যাঘাত করে, তবে রোগীকে পূর্ণমাত্রায় আফিঙ্গ, মর্ফিয়া, অথবা ডোভার্স পাউডার প্রভৃতি সেবন করিতে দিবে। মর্ফিয়ার পিচকারী করিলেও এই যাতনা তিরোহিত হইতে পারে। ভয়ানক যাতনা এবং গরম বোধ হইলে এবং রোগী বাতধাতুবিশিষ্ট না হইলে, আধ ঘণ্টার নিমিত্ত ব্যাণ্ডেজ খুলিয়া, চক্ষুতে শীতল জলের পটি বসাইয়া দিবে। অধিক ক্ষণ শীতল জলের পটি বসাইলে, শোণিত সঞ্চালনের ব্যাঘাত হইয়া, বিদারিত কণিয়ায় পূয জন্মিবার বিলক্ষণ সম্ভাবনা আছে। বাত-ধাতুবিশিষ্ট ব্যক্তির পক্ষে, পোস্ত ঢেঁড়ির সেঁক দেওয়া, এবং জোলাপ দ্বারা কোষ্ঠ পরিষ্কার রাখা অত্যাবশ্যক। কখন কখন, বিশেষত বলিষ্ঠ ব্যক্তিদিগের পক্ষে, যাতনার বৃদ্ধি হইলে, কপোলদেশে ২।৩টী জোঁক লাগাইলে, অনেক উপকার হইতে পারে। কিন্তু, ভন্ গ্রেফি সাহেব প্রথম ২।৩ দিবস এই জোঁক লাগাইবার ব্যবস্থা দেন না।

প্রথম ২ বা ৩ দিন গত হইলে, যখন আমরা ড্রেসিং প্রথম খুলি, তখন

সুবিধাজনক স্থলে অর্থাৎ যেখানে চক্ষুতে বা চক্ষুর চতুষ্পার্শ্বে কোন যাতনা, অক্ষিপুটের স্ফীতি ও বিবর্ণতা, অতিরিক্ত অশ্রুনিঃসরণ, ক্লেদ ও পূয়স্রাব প্রভৃতি স্বাভাবিক অবস্থার কোনরূপ ব্যত্যয় না থাকে, তথায় প্রথম ৪।৫ দিবস কিরূপ দৃষ্টি হইয়াছে তাহা পরীক্ষার নিমিত্ত পাতা খুলিয়া চক্ষু পরীক্ষা করিয়া দেখা অত্যন্ত অন্যায়। তথায় সমস্তই সুন্দর হইয়াছে, ইহা অবশ্যই অনুমান করিয়া লইতে হয়।

কিন্তু, ইতিমধ্যে চক্ষুর প্রকৃত অবস্থা জানিতে উৎসুক হইয়া চক্ষু খুলিতে থাকিলে, আইরাইটিস প্রভৃতি রোগ উৎপন্ন হইয়া, চক্ষুর সমূহ বিপদ ঘটাইতে পারে। তবে, ইতিমধ্যে অসুবিধাজনক লক্ষণ অর্থাৎ পূর্ব্বোক্ত স্বাভাবিক অবস্থার ব্যত্যয় উপস্থিত হইলে, অস্ত্রচিকিৎসক ঊর্দ্ধপুট আস্তে আস্তে উন্মিলিত করিয়া, দীপালোকে ২।১ সেকেণ্ডের মধ্যেই কর্ণিয়া এবং আইরিসের প্রকৃত অবস্থা দেখিয়া লইবেন। যাহাহউক, সুবিধাজনক স্থলে, ৪।৫ দিনের পরে চক্ষু উন্মিলিত করিয়া চক্ষুর অবস্থা দেখা উচিত, এবং চক্ষুতে এ্যাট্রোপীন প্রয়োগ করিতে থাকিয়া, আর ৪।৫ দিবস পরে পূর্ব্বমত কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ ব্যবহার না করিয়া, ৭।৮ দিন পর্য্যন্ত লিব্রিচ সাহেবের ব্যাণ্ডেজ অথবা সাধারণ ব্যাণ্ডেজ ব্যবহার করা উচিত। পরে সুবিধা বোধ হইলে, ১৫।১৬ দিন গতে ব্যাণ্ডেজের পরিবর্ত্তে কৃষ্ণবর্ণ বৃহৎ পর্দ্দা দ্বারা উভয় চক্ষু ঢাকিয়া ৫।৬ দিবস অন্ধকার গৃহে আবদ্ধ থাকিয়া ক্রমে, রোগী চক্ষুতে আলোক সহ্য করিতে সমর্থ হন। ২০ দিনের পরে ঘোর আকাশবর্ণের রঙ্গিন চসমা ব্যবহারে ১মাস অতীত হইলে, রোগীকে দূরদর্শনের নিমিত্ত সচরাচর ৩ হইতে ৪ নম্বরের কন্‌ভেক্স চসমা ব্যবহার করিতে আদেশ করা কর্ত্তব্য। কিন্তু, এতঃপরও ২ মাস পর্য্যন্ত রোগীর দৃষ্টির উন্নতি হইতে থাকে। তখন নিকটদৃষ্টির নিমিত্ত ২।৩ নম্বরের কন্‌ভেক্স চসমার প্রয়োজন হয়। চসমা ব্যবহার না করিলে, ছানি তুলিয়াও রোগীর প্রকৃত কোন উপকার হয় না। কারণ, লেন্সের অভাব ঘটায় (য্যাফেকিয়া দেখ) চক্ষু অত্যন্ত হাইপারমিট্রোপিয়া দোষগ্রস্ত হইয়া পড়ে এবং দর্শনোপযোগিতা বিনষ্ট হয়। এই জন্যই দুইখানা চসমার প্রয়োজন হয়। প্রথম প্রথম প্রত্যহ অর্দ্ধঘণ্টা করিয়া চসমা দ্বারা দেখিতে অভ্যাস করা উচিত।

"ডাং জুলার বলেন যে, প্রত্যহ সাবধানে ড্রেসিং পরিবর্ত্তন করিয়া পুটপ্রান্ত করক্ষ বাইক্লোরাইড লোশনে ধৌত করিবে এবং তৎপরে অঙ্গুলির টানে নিম্নপুট টানিয়া পুটমধ্যস্থ অশ্রু বাহির করিয়া দিবে। আইরিডেক্টমী সমাধা হইলে, ৩য় বা ৪র্থ দিবস ভিন্ন অর্থাৎ যে পর্য্যন্ত বেদনা ও স্ফীতির অভাব থাকে, ততদিন পাতা খুলিয়া চক্ষু পরীক্ষা করিবার প্রয়োজন হয় না। কিন্তু, আইরিডেক্টমী সমাধা না হইলে, পর দিন প্রাতেই চক্ষু খুলিয়া আইরিস বহির্গত হইয়াছে কি না, তাহা দেখা অবশ্য কর্ত্তব্য। কারণ, তাহা হইলে, তৎক্ষণাৎ আইরিডেক্টমী করা উচিত। তাহা না করিলে, প্ল্যাষ্টিক আইরাইটিস ঘটে; এবং বিদারণ উপযুক্ত জুড়িয়া আরাম হয় না; এবং জুড়িলেও তন্মধ্যে আইরিস জড়িত থাকে। বিলম্ব হইলে উহাকে আর বিদারণ হইতে ছাড়াইতে পারা যায় না। অপিচ, এই সকল ঘটিয়া পুনঃপুনঃ আইরাইটিস এবং সিম্প্যাথিটিক আইরাইটিস রোগে রোগীর উভয় চক্ষুর ভয়ানক বিপদ ঘটিতে পারে।"

যাহাহউক, এই পরবর্ত্তী চিকিৎসার রোগীর শারীরিক স্বাস্থ্য, ধাতু ও বৈষয়িক অভাবাদি অনুধাবন করিয়া চিকিৎসা করা উচিত। ক্লোরোফর্ম্ম ব্যবহার করিতে হইলে, অস্ত্রসাধনের পূর্ব্বরাত্রিতে দুগ্ধাদি তরল পদার্থ ভিন্ন কোন কঠিন খাদ্য দ্রব্য এবং অস্ত্রসাধনের ১২ ঘণ্টা পূর্ব্ব হইতে ও ৩।৪ ঘণ্টা পর পর্য্যন্ত কোন দ্রব্যই ভক্ষণ করা উচিত নহে। তবে অস্ত্রসাধনের পরে পিপাসা বোধ হইলে, এক টুকরা বরফ চুষিয়া খাইতে দেওয়া যায়। অস্ত্রসাধনের দিবস এবং তৎপর দিবস দুগ্ধ, সাগু, মৎস্য ও মাংসের ঝোল এবং মোহন ভোগ প্রভৃতি লঘু ও পুষ্টি অথচ সহজে পরিপাক হইতে পারে ও অনায়াসেই গলাধঃকরণ ভিন্ন চর্ব্বণ করিয়া চক্ষুর বিশ্রাম ভঙ্গ না হয় এবং শয্যা হইতে উত্থান করিয়া বা পার্শ্বপরিবর্ত্তন করিয়া আহার করিতেও হয় না, এমত দ্রব্যাদি আহার করিতে দেওয়া বিধেয়। চারি দিন গত হইলে এবং কোন প্রকার দুর্ঘটনাদি না ঘটিলে, তিনি স্বাভাবিক অবস্থার ন্যায় উপবেশন ও চর্ব্বণাদি করিতে আরম্ভ করিয়া ক্রমে পুষ্টিপ্রদ আহারাদি করিতে আরম্ভ করিতে পারেন। কিন্তু, যেমন উপযুক্ত পুষ্টিপ্রদ আহার্য্যের প্রয়োজন, তদ্রূপ অতিরিক্ত আহারও নিষিদ্ধ। পুষ্টির অভাব ঘটিলে, আইরিস বহিঃস্থত না হইলেও

কর্ণিয়ার বিদারণ জুড়িয়া যায় না। তন্নিমিত্ত প্রদাহের আশঙ্কায় বৃদ্ধ ও দুর্ব্বল ব্যক্তিকে কিছু দিবস পানীয় দ্রব্য আহার করাইয়া রাখা সাধারণ বুদ্ধি ও অস্ত্রচিকিৎসার বিরুদ্ধ। বলিষ্ঠ ও অতিশয় হৃষ্টপুষ্ট ব্যক্তিদিগের পক্ষে, বিশেষত প্রাদাহিক এবং জ্বরজ লক্ষণাদি উপস্থিত হইলে, আহার লঙ্ঘন দেওয়া সর্ব্বতোভাবে উচিত। রোগীর অভ্যাস, ধাতু ও দুর্ব্বলতা, বুঝিয়া পরিমিত পরিমাণে মদ্যপান ব্যবস্থিত হইতে পারে। দুর্ব্বল ব্যক্তিদিগের পক্ষে, পুষ্টিকর খাদ্য এবং কুইনাইন ও এমোনিয়া প্রভৃতি বলকারক ঔষধের ব্যবস্থা করা যায়।

কোষ্ঠ পরিষ্কারের সময়, পাছে কোঁত পাড়িয়া চক্ষুর বিশ্রাম ভঙ্গ হয়, এই ভয়ে ২।১ দিবস কোষ্ঠ পরিষ্কারের প্রয়োজন থাকিবে না বলিয়া, অস্ত্রসাধনের পূর্ব্ব দিবস কেহ কেহ রোগীকে অল্প পরিমাণে ক্যাষ্টর অয়েল দ্বারা জোলাপ দিয়া থাকেন। অপরন্তু, প্রয়োজন হইলে, ২।৩ দিবস পরেও বিশেষত চক্ষুর বেদনা নিবারণার্থে এইরূপ জোলাপ দেওয়া বৈধ। সুবিধাজনক স্থলে, ব্যাণ্ডেজ খুলিয়া দিলে, পরে রোগীর ধাতু ও শারীরিক অবস্থা বুঝিয়া কবুষ্ণ বা শীতল জলে স্নান করিবার বিধি দেওয়া যাইতে পারে। দীর্ঘ কাল আবদ্ধ থাকায় চক্ষু উন্মিলিত হইলে, যদি কনজংটিভাইটিস জন্মে, তবে কোন প্রকার য়্যাষ্ট্রীন্‌জেণ্ট লোশন (৩, ১০, ১৬, ১৫, ২৪ বা) ব্যবহৃত হইতে পারে।

দুর্ঘটনা।—কিন্তু, সকল স্থলেই চক্ষু এইরূপে সুবিধামতে আরোগ্য হইয়া দৃষ্টিপ্রদ হয় না নিম্নলিখিত ঘটনাদি ঘটিয়া ও তাহা হইতে আরোগ্য না হইলে, চক্ষু বা দৃষ্টি বিনষ্ট হইয়া যায়।

আইরিসের বহিঃসরণ।—ফ্লাপ এবং ম্যাকনামারা প্রভৃতি যে সকল অস্ত্রসাধনে আইরিস কর্ত্তিত না হয়, তাহাতে হঠাৎ হাঁচি বা কাঁশি প্রভৃতি ঘটিয়া, সচরাচর প্রথম সপ্তাহের কোন না কোন দিবসে, কর্ণিয়ার বিদারণ দৃঢ়সংযুক্ত হইতে না হইতেই, বিদারণ ফাঁক হইয়া পড়ে, এবং তন্মধ্য দিয়া আইরিস অল্প বা অধিক পরিমাণে বহির্গত হইয়া, চক্ষুকে তদনুরূপ যন্ত্রণা প্রদান করে। চক্ষু করকর করিতে থাকে, পুটদ্বয় স্ফীত হয় এবং চক্ষু হইতে প্রথমে পরিস্কৃত জল নির্গত হইতে থাকে। পরে, তাহা মিউকস ও পূযবিশিষ্ট হইয়া অপাঙ্গদেশে সংযত হয়, অথবা ডেসিংএ লাগে। যাহাহউক, এই সকল

বাহ্য লক্ষণ উপস্থিত হইলে, ক্ষণ কালের নিমিত্ত ব্যাণ্ডেজ খুলিয়া চক্ষুর প্রকৃত অবস্থা দেখা উচিত। ২৪ ঘণ্টার মধ্যে এই ঘটনা দেখা যাইলে, তৎক্ষণাৎ ক্লোরোফর্ম্ম ব্যবহার করিয়া পুনর্ব্বার আইরিডেক্টমী সমাধা করা উচিত। তৎপরে দেখিলেও চক্ষুতে এসারীন ও কঞ্জংটাইভায় কোকেন প্রয়োগ করিয়া আইরিসের উক্ত বহিঃস্থ অংশে অনুগ্র কষ্টিক্ পেন্সিল স্পৃষ্ট করিয়া, মুদিত পুটোপরি কম্প্রেস্ ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করা অত্যাবশ্যক, এবং ১২ ঘণ্টা পরে, ব্যাণ্ডেজ পরিবর্ত্তন করিবার সময় অক্ষিপুট উন্মিলিত না করিয়া কেবল কদুষ্ণ জলে ধৌত করিয়া তদুপরি ভ্যাসালীন মাখাইয়া, পুনর্ব্বার কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করা বিধেয়। এইরূপে মাসাবধি মধ্যে মধ্যে কষ্টিক্ পেন্সিল ব্যবহারে, যদি আইরিসের বহিঃস্থ অংশ পুনরায় চক্ষুর মধ্যে প্রবিষ্ট না হয়, তবে উহাকে একটী প্রশস্ত নিডল দ্বারা প্রতিদ্বিতীয় দিবস বিদ্ধ করিয়া ঝ্যাকিউয়াস নির্গত করিলে ও তৎসঙ্গে সঙ্গে কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ ব্যবহার করিলে, উহা সঙ্কুচিত হইয়া যায়। ইহাতেও অভীষ্ট সিদ্ধ না হইলে, উক্ত বহিঃস্থ অংশটী একখানি কাঁচি দ্বারা দ্বিখণ্ডিত করা বিধেয়। এস্থলে, ইহাও বক্তব্য যে, কষ্টিক্ ব্যবহারে চক্ষুতে ভয়ানক উত্তেজনা হয় বলিয়া, অনেকে উহা ব্যবহার না করিয়া কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ বন্ধন অথবা কেবল এই শেষোক্ত উপায় অবলম্বন করিয়া থাকেন। আইরিস বহির্গত হইয়া চক্ষুকে কেবল দীর্ঘকাল কষ্ট প্রদান করে এমত নহে, উহা দ্বারা পরিশেষে আইরিডো-কোরইডাইটিস প্রভৃতি রোগ উৎপন্ন হইয়া চক্ষুকে বিনষ্ট করে।

কখন কখন আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন হইলে, আইরিস বহির্গত না হইয়া বিদারণে যুক্ত হইয়া পড়ে। তাহাতে পুনঃপুনঃ আইরাইটিস ও অফ্থ্যাল্-মাইটিস প্রভৃতি রোগাদি ঘটিতে পারে। আইরিস বহির্গত হইলে যেরূপ চিকিৎসা করিতে হয়, ইহাতেও সেইরূপ চিকিৎসা।

কর্ণিয়া ও অক্ষিগোলকে পূয়-সংঘটন।—অস্ত্রসাধনের পরে, ১২ঘণ্টা হইতে ২ দিবসের মধ্যেই কর্ণিয়ার পূয় সংঘটন হইতে পারে। ইহাতে অক্ষিপুট আরক্তিম, স্ফীত ও তদভ্যন্তর দিয়া মিউকস বিশিষ্ট পূযস্রাব ও চক্ষুর যন্ত্রণা ইত্যাদি বাহ্য লক্ষণ, এবং চক্ষু খুলিলে, কর্ণিয়ার চতুর্দ্দিকস্থ কনজংটাইভায় কিমোসিস হইতে দেখা যায়। সমুদায় কর্ণিয়া ঘোলা হয়

অথবা ডিফিউজ কেরাটাইটিস রোগে অস্বচ্ছ পীতবর্ণ আকার ধারণ করে। বিদারিত স্থান অস্বচ্ছ, স্ফীত এবং পূযবিশিষ্ট হয়। যাহাহউক, এরূপস্থলে চক্ষুকে আরোগ্য করিবার আশা করা বৃথা। এই প্রদাহ আবার আইরিস ও সিলিয়ারি বডি এবং নিতান্ত অমঙ্গলজনক স্থলে, সমুদায় চক্ষুকে প্রদাহিত করিয়া থাকে। এবম্বিধ স্থলে, চক্ষুর যাতনাদি প্রদাহিক লক্ষণ সকল বৃদ্ধি পায়, এবং চক্ষুকে রক্ষা করা দূরে থাকুক, সেঁক ও উত্তপ্ত পোল্টিসাদি দ্বারা যাতনা নিবারণ করাও কষ্টসাধ্য হয়।

অপিচ, যে স্থলে কেবল বিদারিত অংশমাত্র প্রদাহিত হইয়া অস্বচ্ছ ও পূযবিশিষ্ট হয়, অবশিষ্ট কর্ণিয়া বিলক্ষণ স্বচ্ছ ও উজ্জ্বল থাকে, তথায় সেই স্বচ্ছ অংশ রক্ষার নিমিত্ত বিলক্ষণ যত্ন করা উচিত। অতি বৃদ্ধ এবং শীর্ণ ব্যক্তিরা কখন কখন এরূপ অজ্ঞাতসারে এইরূপ অবস্থাক্রান্ত হয় যে, চিকিৎসক চক্ষুকে উন্মিলিত না করিয়া, কেবল বাহ্য লক্ষণ দ্বারা এইরূপ অবস্থা অনুমান করিতে পারেন না। এইরূপ স্থলে, কঞ্জংটাইভায় ক্ষীণ করোসিভ সব্লিমেট লোশন (১ ভাগ, ৬০০০এ) এবং চক্ষুতে ২।৩ ঘন্টা অন্তর উগ্র য়্যাট্রোপীন প্রয়োগ করিয়া শীতল ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষু বাঁধা আবশ্যক। দুর্ব্বল ও শীর্ণ ব্যক্তিদিগের পক্ষে, ২।৩ ঘণ্টা অন্তর, অন্ততঃ এক ঘণ্টা কাল পর্য্যন্ত পোস্ত, ধুতুরা অথবা বেলে-ডোনা দ্বারা সেঁক দেওয়া, অথবা প্রাতঃসন্ধ্যা উত্তপ্ত কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করা আবশ্যক। উত্তেজনা ও যাতনা নিবারণার্থে পূর্ণ মাত্রায় আফিঙ্গ বা মর্ফিয়া সেবন করা উচিত, এবং পুনঃ পুনঃ পূর্ণমাত্রায় বলকারক ঔষধ, পোর্ট প্রভৃতি মদ্য এবং পুষ্টিকর খাদ্যাদির ব্যবস্থা করিলে এবং রোগী দুর্ব্বল ও অসুস্থ না থাকিলে, তিন দিবস যাবৎ সন্ধ্যার সময় ২টী করিয়া জোঁক সেই রগে লাগাইলে, উক্ত অবশিষ্ট স্বচ্ছ কর্ণিয়া বিপদ হইতে মুক্ত হইতে পারে। কিন্তু, সচরাচর তাহা ঘটে না। ক্রমে সমুদায় কর্ণিয়া আক্রান্ত হয়, এবং সপিউরেটিভ আইরাইটিস অথবা আইরিডো-সিক্লাইটিস রোগ ঘটিয়া অক্ষিগোলক চুপসিয়া যায়।

কখন কখন ফ্ল্যাপ এক্ট্রাক্শনের পরে দুর্ব্বল ব্যক্তিদিগের পক্ষে, আইরিসের অতিরিক্ত কার্য্যাদি দ্বারা নাতিপ্রবল কেরাটাইটিস রোগ আরম্ভ হয়। কিন্তু চক্ষুচিকিৎসায় পচননিবারক ঔষধাদি ব্যবহার হইবার পর হইতে এই

ঘটনা তত ঘটে না। অস্ত্রের ৩৬ ঘণ্টার মধ্যে পুটাভ্যন্তর দিয়া মিউকো-পিউরিউলেণ্ট ক্লেদ পড়িতে থাকে, চক্ষুতে সামান্য বেদনা থাকে বা থাকে না, পাতা স্ফীতও হয় না। কিন্তু পাতা উল্টাইয়া দেখিলে, কঞ্জংটাইভা ইডিমা যুক্ত, কর্ণিয়া ঘোলা, তাহার মধ্যে পীতাভ লিম্ফ পরিপূর্ণ ও আইরিসের ঊর্দ্ধ অংশ তদ্রূপ লিম্ফযুক্ত, বিদারণের প্রান্তদ্বয় হাঁ করিয়া খুলিয়া পড়া এবং তাহাতে সুস্থবৎ যুক্ত হইবার কোন চিহ্নাদি না থাকা ইত্যাদি লক্ষণ দেখা যায়। এরূপ অবস্থায়, উষ্ণ কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ দ্বারা দৃঢ় চাপ এবং সর্ব্বদা চক্ষুতে করোসিভ সব্লিমেট লোশন প্রয়োগ করিতে হয়। উত্তেজক ঔষধ ও পুষ্টিপ্রদ খাদ্যাদি যথেষ্ট ব্যবহার করিতে হয়।

আইরাইটিস।—অস্ত্রাঘাতে, অথবা কিয়দংশ লেন্সপদার্থ আইরিসে অবশিষ্ট থাকিয়া তজ্জনিত উত্তেজনায়, অস্ত্রসাধনের ৪।৫ দিবস পরে, আইরাইটিস রোগ হইতে দেখা যায়। চক্ষু ও চক্ষুর চতুষ্পার্শ্বে ভ্রূ ও গণ্ড দেশে বেদনা, পুটস্ফীতি, অশ্রু-নিঃসরণ ও আলোকভীতি প্রভৃতি লক্ষণ দেখিয়া, এই রোগ অনুমিত হইয়া থাকে। চক্ষু খুলিয়া দেখিলে, কর্ণিয়া পরিষ্কৃত, কনজংটাইভা কিমোসিস যুক্ত, য্যাকিউয়স ঘোলা, আইরিস বিবর্ণ এবং তারা সঙ্কুচিত বলিয়া বোধ হয়।

একপস্থলে, প্ল্যাষ্টিক বা প্যারাঙ্কাইমেটস আইরাইটিসের চিকিৎসা (১৮৮ পৃষ্ঠা দেখ) করিতে হয়। রোগী সবল থাকিলে, রগে জোঁক অথবা কর্ণপশ্চাতে বা রগে ব্লিষ্টার লাগান উচিত। চক্ষুতে উগ্র য়্যাট্রোপীন বহুবার প্রদান এবং বেলেডোনা লোশন, মলম, সেঁক ও প্রলেপ (৪২,৮১,১৬৫,১৯১ ব্য) বিশেষ উপকারক। বেদনা নিবারণার্থে কেহ কেহ একোনিসিয়া অয়েণ্টমেণ্ট ব্যবহার করেন, এবং আফিঙ্গ ও বলকারক ঔষধাদিও একপ স্থলে ব্যবস্থিত হইতে পারে। কিন্তু, যদি লেন্স-পদার্থ আইরিসে অথবা আইরিস এবং কর্ণিয়ার মধ্যস্থানে থাকিতে দেখা যায় এবং তারা যদি য্যাট্রোপীন প্রয়োগে প্রসারিত না হয়, তবে রোগীকে ক্লোরোফর্ম্ম দ্বারা অচেতন করিয়া, পুনর্ব্বায় কর্ণিয়া বিচ্ছেদন করত স্কুপ দ্বারা উক্ত লেন্স-পদার্থ বহির্গত করা বিধেয়। আইরিসের পশ্চাতে লেন্স-পদার্থ অবশিষ্ট আছে, এমত সন্দেহ হইলেও, অথবা তারা অবরুদ্ধ হইলে, এই সময়ে আইরিডেক্টমী করাও বিধেয়।

গ্লকোমা।—যাহাহউক, কখন কখন চক্ষু বাহ্যতঃ আরোগ্য হইয়াও, গ্লকোমা রোগের লক্ষণাদি পূর্ব্ব হইতেই বর্ত্তমান থাকায়, অস্ত্রসাধন বৃথা করিয়া থাকে।

রক্তশিরার ফাটন।—ফ্লাপ্ প্রভৃতি অস্ত্রসাধনের কিয়ংক্ষণ পরেই, হঠাৎ ভয়ানক হাঁচি বা কাশি অথবা অন্য কোন কারণে, রেটিনা অথবা কোরইডের কোন না কোন রক্তশিরা ছিঁড়িয়া যায় এবং চক্ষুতে যাতনা বোধ হয়। চক্ষু খুলিয়া দেখিলে, য্যান্টেরিয়ার চেম্বার রক্তপূর্ণ হইয়া সেই রক্ত কর্ণিয়ার বিভেদন দিয়া বিন্দু বিন্দু বহির্গত হইতেছে দেখায়। একপ স্থলে, বরফ লাগাইয়া রক্তরোধ করা যাইতে পারে, কিন্তু চক্ষু বিনষ্ট হইয়া যায়। কখন কখন যাতনা ও রক্তরোধার্থে চক্ষুটী নিষ্কাশিত করিতেও হয়।

বিভেদনে ফিশ্চ্যুলা।—কখন কখন কর্ণিয়ার বিভেদন উত্তমরূপে সংযুক্ত না হওয়ায়, উহাতে একটী ফিশ্চ্যুলা ঘটিয়া তন্মধ্য দিয়া বিন্দু বিন্দু য়্যাকিউয়স নির্গত হইতে থাকে। এবম্বিধ স্থলে, চক্ষুতে প্রত্যহ প্রাতঃসন্ধ্যা ২বার ক্ষীণ য্যাট্রোপীন প্রদান করা ও কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষু আবদ্ধ রাখা উচিত। তাহাতেও আরোগ্য না হইলে, ফিশ্চ্যুলার স্থানে সূক্ষ্ম তুলিকা দ্বারা কষ্টিক স্পৃষ্ট করা বিধেয়।

ইরিথপ্সিয়া।—কখন কখন লেন্স নিষ্কাশিত হইলে পরে, আইরিডেক্টমী হওয়া প্রযুক্ত আলোক প্রতিফলনের বিশৃঙ্খলায়, সেই চক্ষুর দৃষ্টি এমত হয় যে, যেন প্রত্যেক বস্তু অস্তমিত সূর্য্যের ন্যায় ঘোরতর লোহিত বর্ণ।

ঢ্যাব্লা সংযোগ।—কখন কখন স্কেরটিকের বিভেদনের প্রান্ত সর্ব্বত্র মুখে-মুখে মসৃণভাবে সংযুক্ত না হইয়া, কোন কোন স্থানে সিষ্টের ন্যায় পুটুলি পাকাইয়া ঢ্যাব্লা হইয়া থাকে। গ্লকোমা রোগোপশমনার্থে আইরিডেক্টমী করাতেই সচরাচর ইহা ঘটিতে দেখা যায়। কোন প্রকার অসুবিধা না হইলে, উহাকে তদবস্থায় রাখিতে হয়। কিন্তু, বৃহৎ ও বিরক্তিকর হইলে, উহাকে একটী প্রশস্ত নিডল দ্বারা বিদীর্ণ করা এবং চক্ষুর বিতান বৃদ্ধি হইতে থাকিলে, আইরিডেক্টমী করা শ্রেয়ঃ।

কখন কখন বৃদ্ধ ব্যক্তিদিগের অর্বিকিউলেরিজের শিথিলতা এবং ব্যাণ্ডেজ বন্ধনাদি প্রযুক্ত অস্ত্রের কতিপয় দিবস পরে নিম্নপুটে এন্ট্রোপিয়ন রোগ

জন্মে। সত্বর এই রোগ দূর না করিলে, পক্ষ্মঘর্ষণে চক্ষুর সমূহ বিপদ ঘটে। ব্যাণ্ডেজের পরিবর্ত্তে বৃহৎ পর্দা ব্যবহার অথবা গণ্ডচর্ম্ম টানিয়া তথায় সঙ্কোচক কলোডিয়ন লাগান উচিত। উপযুক্ত ব্যবহার করিতে জানিলে, ইহাতেই আরাম হয়। নতুবা এণ্টে্রাপিয়নের চিকিৎসার জন্য একখণ্ড মাংস কর্ত্তন করিতে (২৬৯ পৃষ্ঠা দেখ) হয়।

অস্বচ্ছ ক্যাপসিউল।—লেন্স নিষ্কাশন সময়ে ক্যাপসিউলের সম্মুখ স্তর ভালরূপ বিদারিত হইলে, পরে তজ্জন্য একটী বৃহৎ ত্রিভুজাকার ফাঁক হইয়া পড়ে। কিন্তু এই বিদারণ ভাল না হইলে, অথবা ক্যাপসিউল ভাসিয়া ভাসিয়া তারা অবরোধ করিয়া অস্বচ্ছ আকার ধারণ করে। অস্বচ্ছ না হইলেও এতদ্দ্বারা পরিশেষে দৃষ্টির সমূহ ব্যাঘাত জন্মায়। আইরাইটিস রোগজ মেম্ব্রেণ এতদপেক্ষা আরো পুরু ও শক্ত। যাহাহউক আইরিসে লগ্ন হইয়া ইহা দ্বারা তারা ছোট হইয়াও পড়ে।

চক্ষুতে কোন প্রকার প্রদাহ থাকিতে, এতদ্রূপ স্থলে অস্ত্রাদি করিতে পারা যায় না। নিডল অপারেশনের ন্যায় ২টী নিডল ব্যবহারে মেম্ব্রেণের মধ্যস্থল ছিঁড়িয়া দিতে হয়। তৎপরে চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন প্রয়োগ ও শোষক ও পচন-নিবারক ঔষধাদি দ্বারা চক্ষুতে কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করিতে হয়।

ব্ল্যাক্ ও মর্গ্যাগ্নিয়ান্ ক্যাটারাক্ট।—যখন লেন্সের কর্টিকাল পদার্থ কোমল ও শ্বেতবর্ণ অস্বচ্ছ হইয়া তন্মধ্যে কঠিন পীতপাটল বর্ণ নিউ-ক্লিয়স নিমজ্জিত রাখে, তখন তাহাকে মর্গ্যাগনিয়ান ক্যাটারাক্ট কহে। এই রোগ সচরাচর ঘটে না। ঘটিলে, উহাকে ম্যাক্নামারা অথবা গ্রেফির উপায়ে বহিষ্কৃত করা বিধেয়। ৪০ বৎসর বয়সের পূর্ব্বে নিউক্লিয়স এবম্বিধ অস্বচ্ছ হয় না।

অন্যান্য ক্যাটারাক্ট রোগের মধ্যে কৃষ্ণবর্ণ এবং অস্থিময় ক্যাটারাক্ট রোগের নামোল্লেখ দেখা যায়। তাহাও এইরূপে অস্ত্র করিতে হয়।

ডায়েবেটিক ক্যাটারাক্ট (Diabetic Cataract)।—উৎপত্তি-প্রভেদ ব্যতীত এই রোগের আকৃতিগত কোন প্রভেদ নাই। সুতরাং রোগীর বয়সানুসারে উহা কোমল অথবা কঠিন হইতে পারে। সচরাচর অল্পবয়স্ক ব্যক্তিদিগেরই বহুমূত্র বা মধুমেহ রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে; সুতরাং তাহাতেই লেন্সের পরিপোষণের ব্যাঘাত হইয়া এই রোগ ঘটে।

যদিও বহুমূত্র রোগ বর্ত্তমান থাকিতে এই রোগে অস্ত্রসাধন করা শ্রেয়ঃ নহে, তথাপি রোগী অন্যান্য বিষয়ে সুস্থশরীর ও অশীর্ণকায় হইলে, অন্যান্য ক্যাটারাক্ট রোগের ন্যায় এই রোগেও অস্ত্রসাধন করিলে (৮৬, ৯৫ পৃঃ দেখ) এবং কোন প্রকার বিপদ না ঘটিলে, পুনর্দৃষ্টি লাভ করা যায়।

এবম্বিধ ক্যাটারাক্ট রোগে, বহুমূত্র রোগ প্রযুক্ত রেটিনা এবং অপটিক্ নার্ভের পীড়া ঘটিতে পারে। সুতরাং এই রোগে, অস্ত্র করিবার অগ্রে আলোক-জ্ঞান এবং দৃষ্টিক্ষেত্রের অবস্থা বিশেষরূপে পরীক্ষা করা উচিত। নতুবা, অস্ত্রসাধনেও পুনর্দৃষ্টি দুর্ল্লভ হইয়া থাকে। অপিচ, অস্ত্রসাধন করিবার সময় ইহাও স্মরণ রাখা উচিত যে, এবম্বিধ ক্যাটারাক্ট রোগে আইরিস অতিশয় উত্তেজিত থাকে, সুতরাং সহজেই আইরাইটিস্ রোগ ঘটিতে পারে। এইরূপ অস্ত্রসাধনে ক্লোরোফর্ম্ম ব্যবহার বৈধ হয় না।

ফ্লুইড্ বা তরল ক্যাটারাক্ট (Fluid)।—সচরাচর অল্পবয়স্ক ব্যক্তিদিগের এই রোগ ঘটে, এবং কখন কখন এই রোগগ্রস্ত হইয়াই রোগীর জন্ম হইয়া থাকে। এই রোগে অস্বচ্ছ লেন্সে রেখা বা বিন্দু বিন্দু দাগ দেখা যায় না। অধিকাংশ স্থলে, সমুদয় লেন্স জলমিশ্রিত দুগ্ধের ন্যায় পাংশু-শ্বেত বর্ণ ধারণ করে।

অন্যান্য ক্যাটারাক্ট রোগের ন্যায় ইহাকেও চিকিৎসা করিতে হয়। অপিচ, অস্ত্রসাধন সময়ে কর্ণিয়া বিভেদিত এবং ক্যাপসিউল ছিন্ন করিয়া লেন্স পদার্থ তরল বলিয়া বোধ হইলে, উহাকে শোষক পিচকারি দ্বারা চুসিয়া লওয়া অথবা কিউরেটির মস্তক দিয়া বহির্গত করা যাইতে পারে।

ক্যাপ্সিউলার ক্যাটারাক্ট (Capsular Cataract)।—ক্যাপ্সিউলো-লেন্টিকিউলার ক্যাটারাক্ট রোগে লেন্সের সহিত ক্যাপসিউলের সম্মুখবর্ত্তী স্তর সচরাচর এরূপ অস্বচ্ছ হয় যে, অস্বচ্ছ লেন্স বহিষ্কৃত করিলেও তদ্দ্বারা দৃষ্টির বিলক্ষণ বাধা জন্মে। নিডল অস্ত্রসাধন দ্বারা ক্যাপসিউল ছিন্ন করিয়া তাহা পরিষ্কার করাই ইহার চিকিৎসা।

আঘাত-জনিত ক্যাটারাক্ট (Traumatic Cataract.)।—চক্ষুতে আঘাত লাগিয়া, অথবা কোন অস্ত্রসাধনে লেন্স বা লেন্স-ক্যাপসিউল বিদ্ধ হইয়া অস্বচ্ছ হইয়া পড়ে। কখন কখন এই আঘাতে লেন্স

অস্বচ্ছ হয় এবং কর্ণিয়া বিদ্ধ হওত আইরিস ভ্রষ্ট অথবা বহির্গত হইয়া আইসে। কখন কখন চক্ষুর বহির্ভাগে এই আঘাতের কোন চিহ্ন দেখা যায় না বটে, কিন্তু ক্যাপসিউল ছিন্ন হইয়া লেন্স অস্বচ্ছ হওত রোগীর দৃষ্টিনাশ করে। লেন্স বা ক্যাপসিউল ছিন্ন বা ভিন্ন হইলে, সেই ছিন্ন ভিন্ন স্থান দিয়া লেন্সের অভ্যন্তরে য়্যাকিউয়স প্রবেশ করত লেন্সকে স্ফীত ও অস্বচ্ছ করে; এবং এই স্ফীত লেন্সের চাপে কখন কখন আইরিস উত্তেজিত হইয়া, আইরিডো-কোরইডাইটিস্ ও সিম্প্যাথেটিক অফথ্যালমিয়া প্রভৃতি রোগোৎপত্তি করে। কখন কখন এতদ্দ্বারা কোরইডে রক্তাধিক্য ঘটিয়া, চক্ষুকে গ্লকোমা রোগের লক্ষণাক্রান্ত করিয়া তুলে। যাহাহউক, ক্যাপসিউল বা লেন্সের বেধ অনুসারে এই অস্বচ্ছতা সামান্য অথবা দূরবিস্তৃত হইয়া থাকে। লেন্স আঘাতিত না হইলে, কেবল ক্যাপসিউলে সামান্য আঘাত লাগিলে, আহত স্থানই সামান্য অস্বচ্ছ হইয়া থাকে। অপিচ, বৃদ্ধ ব্যক্তির কঠিন লেন্স অপেক্ষা বালকদিগের কোমল লেন্স সত্বর অস্বচ্ছ হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—যদি ক্যাপসিউল সামান্য বিদ্ধ হইয়া থাকে এবং আইরিস প্রভৃতি সুস্থ থাকে, অথবা, তদপেক্ষা গুরুতর আঘাতে যদি য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বার রক্তপূর্ণ হয়, তবে প্রতিদিবস চক্ষুতে ৩।৪বার য়্যাট্রোপীন প্রয়োগ করিয়া তারাকে পূর্ণপ্রসারিত এবং প্যাড্ ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষুকে বিশ্রান্ত রাখা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। সামান্যতর স্থলে, বেলেডোনা লোশনও (৪২ ব্য) ব্যবহৃত হইয়া থাকে। কর্ণিয়া বিদ্ধ অথবা তন্মধ্য দিয়া আইরিস বহির্গত হইলে, অগ্রে তদুপশমের চেষ্টা করা বিধেয়। কিন্তু, চক্ষুতে প্রদাহ উপস্থিত হইলে, রোগীকে ক্লোরোফর্ম্মের অধীনে আনিয়া, আইরিডেক্টমী সাধন করত স্কুপ অস্ত্র দ্বারা লেন্সকে বহির্গত করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। এই বিষয়ে কালবিলম্ব হইলে, সুস্থ চক্ষুতেও প্রদাহ সঞ্চরিত হইতে পারে। এই প্রদাহের সঙ্গে সঙ্গে আইরিস বহিঃস্থত থাকিলে, ছানি তুলিবার নিমিত্ত আইরিডেক্টমী সাধন সময়ে, এই বহিঃস্থত আইরিসকেই কর্ত্তন করিয়া লেন্স বহির্গত করা অত্যুত্তম উপায়। চক্ষুর যন্ত্রণাদি নিবৃত্তির নিমিত্ত প্রথম প্রথম কপোলদেশে জোঁক প্রভৃতি লাগাইতে পারা যায়। যেখানে লেন্স অস্বচ্ছ ও কিঞ্চিৎ স্থানান্তরিত হয়, এবং আইরিডো-কোরইডাইটিস রোগও উপস্থিত

থাকে, তথায় অস্ত্রসাধন সময়ে, লেন্স প্যাছে ভিট্রিয়সে পতিত হয়, এই আশঙ্কায় অগ্রে তাহাকে পূর্ণপ্রসারিত করিয়া, একটী নিড্ল দ্বারা ক্যাপসিউলকে আস্তে আস্তে কুরিয়া ছিন্ন করা বিধেয়। তাহা হইলে, কিঞ্চিৎ কোমল লেন্স-পদার্থ নিঃসৃত হইয়া ও লেন্স ভিট্রিয়স দ্বারা ঠেল পাইয়া কর্ণিয়ার অভিমুখে আইসে; সুতরাং আইরিডেক্টমী সাধন করিয়া, স্কুপ দ্বারা অনায়াসেই লেন্সকে বহির্গত করা যায়। কিন্তু এরূপ অস্ত্রসাধনেও অনেক সময়ে চক্ষুর দৃষ্টি রক্ষা করা যায় না। অপেক্ষাকৃত গুরুতর স্থলে, সমুদায় চক্ষুটী উৎপাটিত করাই শ্রেয়ঃ। এই রোগেও কোকেন ও পচননিবারক ঔষধাদি ব্যবহার করিতে হয়।

সেকেণ্ডারি ক্যাটার‍্যাক্ট।—গ্লকোমা, কোরইডাইটিস, আইরিডো-কোরইডাইটিস প্রভৃতি ভিট্রিয়স, কোরইড অথবা রেটিনার রোগে লেন্স কেবল অস্বচ্ছ হয় এমত নহে, উহা আরো অধিক অপকৃষ্ট হয়। এমত কি, পার্থিব লবণ, কার্ব্বনেট ও ফস্ফেট চূর্ণ উহার ক্যাপসিউলে সংযুক্ত হয়। উহার আকার সমতল এবং বর্ণ বিশুদ্ধ শ্বেত বা ঈষৎ পীতশ্বেত এবং উহা কোটর-প্রবিষ্ট থাকে। এবম্বিধ স্থলে, রেটিনার বিশ্লেষণ ও কোরইডে অস্থিসংঘটন হইয়া থাকে, সুতরাং অস্ত্রসাধন করিলে, এই রোগে দৃষ্টির কোন উপকার হয় না।

লেন্সের স্থানান্তরতা (Dislocation)।

কখন কখন লেন্স সম্পূর্ণ সংযোগচ্যুত হইয়া অ্যান্টেরিয়ার চেম্বার অথবা ভিট্রিয়স হিউমারে পতিত হয়; অথবা স্ক্লেরটিক কিম্বা কর্ণিয়ার বিদারিত স্থান দিয়া চক্ষু হইতে বহির্গত হইয়া আইসে। কখন কখন উহা আংশিক স্থানান্তরিত হইয়া অর্থাৎ সস্পেন্সরি লিগামেন্টের কোন অংশে সংযুক্ত থাকিয়া, সম্মুখ, পশ্চাৎ অথবা দক্ষিণ কিম্বা বাম পার্শ্বে কাত হইয়া থাকে।

চক্ষু অথবা চক্ষুর নিকটবর্ত্তী অংশে কোন ভয়ানক আঘাত লাগিলে অথবা তৎপরে কোন দিবসে কাশি ও হাঁচি হইয়া, অথবা গুরু কুন্থনের চেষ্টায়, অথবা জন্ম হইতেই লেন্স অ্যান্টেরিয়ার চেম্বারে চ্যুত হইয়া আইসে; দেখিলে বোধ হয় যেন, এক বিন্দু তৈল কর্ণিয়ার পশ্চাতে অ্যাকিউয়স হিউমারে

ভাসমান রহিয়াছে, এবং তাহার প্রান্তদেশ হইতে উজ্জ্বল পীতবর্ণ প্রতিফলিত হইতেছে। যাহাহউক, এতদ্দ্বারা আইরিস পশ্চাদ্দিকে চাপিত হয় ও তদনুসারে তারা প্রসারিত হইয়া থাকে এবং লেন্স ক্রমে অস্বচ্ছ হইয়া পড়ে। আঘাত এবং আইরিসের উপর লেন্সের চাপ প্রযুক্ত অন্যান্য বাহ্য পদার্থের ন্যায়, এতদ্দ্বারা চক্ষু, বিশেষত আইরিস উত্তেজিত এবং চক্ষুতে বিলক্ষণ যাতনা বোধ হয়। অপিচ, গ্লকোমা রোগাক্রান্ত হইয়াও চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি হইবার বিলক্ষণ সম্ভাবনা আছে। এবম্বিধ স্থলে, গ্রেফির অস্ত্রসাধন অথবা সক্‌শন যন্ত্র দ্বারা লেন্‌স নিষ্কাশিত করা শ্রেয়ঃ।

উপর্য্যুক্ত আঘাত কারণে, চক্ষুর বহির্দ্দেশে আঘাতের কোন চিহ্ন প্রকাশিত হউক আর নাই হউক, কখন কখন ক্যাপসিউল সমবেত লেন্স সমগ্র অথবা কিয়ৎ অংশে ছিন্নভিন্ন হইয়া ভিট্রিয়স হিউমারে পতিত হইয়া থাকে; এবং কিয়দ্দিবসের মধ্যেই অস্বচ্ছ হইয়া পড়ে। এবম্বিধ স্থলে, আইরিস আশ্রয়হীন হওয়ায় নিরত কম্পিত হইতে থাকে।

অপিচ, কখন কখন লেন্স ভিট্রিয়স হিউমারে সম্পূর্ণ পতিত না হইয়া ঊর্দ্ধদিকস্থ সস্পেন্সরি লিগামেন্টে ঝুলিতে থাকে। যাহাহউক, এবম্বিধ স্থলে, আঘাত প্রযুক্ত চক্ষু উত্তেজিত, আরক্তিম ও যাতনাপ্রদ এবং আইরিস প্রসারিত হইয়া থাকে। আলোকভীতি ও অশ্রুনিঃসরণও লক্ষিত হয়। এবম্বিধ স্থলে, কোরইডো-আইরাইটিস, কোরইডো-রেটিনাইটিস অথবা গ্লকোমা রোগের লক্ষণাদিও প্রকাশিত হইয়া চক্ষু বিনষ্ট হইবার বিলক্ষণ সম্ভাবনা।

চক্ষুতে কোন প্রকার উত্তেজনা না থাকিলে, এবম্বিধ স্থলে লেন্স বহির্গত করিবার চেষ্টা করা বিধেয় নহে। কিন্তু, এতদ্দ্বারা চক্ষু উত্তেজিত হইলে, কর্ণিয়া ভেদ করিয়া স্কুপ দ্বারা উহাকে চক্ষু হইতে নিষ্কাশিত করা বিধেয়।

কখন কখন স্ক্লেরটিক ও কঞ্জংটাইভা কিম্বা কর্ণিয়া ছিন্ন হইয়া, তন্মধ্য দিয়া লেন্স চক্ষুর বহির্ভাগে রোগীর গণ্ডদেশে আসিয়া পড়ে। কখন কখন, হাউই বাজি প্রভৃতি পদার্থ দ্বারা চক্ষু ভয়ানক আঘাতিত হইয়া, ঊর্দ্ধ ও নাসিকাদিকস্থ স্ক্লেরটিক-কর্ণিয়ার সন্ধি স্থান ছিন্ন হইয়া পড়ে; এবং তন্মধ্য দিয়া ক্যাপসিউল সমবেত সম্পূর্ণ বা অসম্পূর্ণ লেন্স বহির্গত হয়। কিন্তু,

কঞ্জংটাইভা অচ্ছিন্ন থাকায়, উহা চক্ষু হইতে বহির্গত হইতে না পারিয়া, তৎপশ্চাতেই বর্ত্তমান থাকে এবং ক্রমে অস্বচ্ছ হইয়া পড়ে। এরূপ স্থলে, কঞ্জংটাইভা বিদারিত করিয়া সমগ্র লেন্‌সকে অথবা ক্ষুদ্র স্কুপ দ্বারা তৎসঙ্গে সঙ্গে কর্টিকাল পদার্থকেও সাবধান পূর্ব্বক চক্ষু হইতে নিষ্কাশিত করা বিধেয়। পরে সাধারণ ক্যাটারাক্ট অস্ত্রসাধনের পরবর্ত্তী চিকিৎসা করা অথবা স্ক্লেরটিকের উক্ত বিদারণ সুচার দ্বারা আবদ্ধ রাখা এবং পচননিবারক ঔষধাদি ব্যবহার করা কর্ত্তব্য।

কখন কখন উক্ত আঘাতে, লেন্‌স কিঞ্চিৎ উর্দ্ধ বা অধোদিকে অথবা দক্ষিণ বা বামপার্শ্বে অথবা সম্মুখদিকে কিঞ্চিৎ আড়ভাবে তারার অভ্যন্তরে সরিয়া আইসে। সংস্পেন্সারি লিগামেণ্ট হইতে আংশিক ছিন্ন হওয়ায়, মস্তক সঞ্চালনে উক্ত লেন্‌স ইতস্ততঃ চালিত এবং আইরিস কম্পিত হয় ও দৃষ্টির অল্প বা অধিক ব্যাঘাত ঘটে। এবম্বিধ স্থলেও আঘাত প্রযুক্ত চক্ষুতে গ্লকোমা প্রভৃতি রোগ উপস্থিত হইতে পারে, এবং তারার অভ্যন্তরে লেন্‌স আড় হইয়া পড়ায়, রোগী কিঞ্চিৎ নিকটদর্শীও হইয়া পড়ে। যাহাহউক, লেন্‌স ক্রমে অস্বচ্ছ হইয়া পড়ে, এবং উল্লিখিত অসুবিধাদি প্রদান করিতে থাকিলে, পূর্ব্বোল্লিখিত কোন প্রকার অস্ত্রসাধনে উহাকে স্কুপ দ্বারা নিষ্কাশিত করা বিধেয়। লেন্‌স কেবল একদিকে স্থিরভাবে সরিয়া থাকিলে এবং চক্ষুতে উত্তেজনাদি না থাকিলে, যে দিকে লেন্সের অভাব তদ্দিকে কৃত্রিম তারা প্রস্তুত করা যাইতে পারে। আমাদের দেশের মাল্লেরা ছানি তুলিতে গিয়া লেন্সের এই স্থানান্তরতা রোগ ঘটাইয়া দেয়।

নবম অধ্যায়।

কোরইডের রোগ।

এনাটমী।—টিউনিকা ভ্যাস্কিউলোসা অর্থাৎ চক্ষুর রক্তশিরা-স্তরের পশ্চাদংশের নাম কোরইড। উহা সিলিয়ারি বডি হইতে অপ্টিক ডিস্ক পর্য্যন্ত বিস্তৃত এবং স্ক্লেরটিক ও রেটিনার অন্তর্ব্বর্ত্তী। কর্ত্তন করিলে, স্ক্লেরটিক হইতে রেটিনা পর্য্যন্ত উহাতে এই পাঁচটী অতি গাঢ়লগ্ন অংশ দেখা যায়। তন্মধ্যে ১মটী উহাতে শিথিলভাবে লগ্ন থাকায় অনেকে তাহাকে স্ক্লেরটিকের অংশ বলেন।

১। ল্যামিনা ফিউজা। ২। ল্যামিনা সুপ্রা-কোরইডা। ৩। ল্যামিনা ভ্যাস্কিউলোসা। ৪। কোরইডো-ক্যাপিলেরিজ। ৫। ল্যামিনা ভিট্রিয়া।

১০।১২টী শর্ট পোষ্টেরিয়ার সিলিয়ারি আর্টারি এবং ভিনা ভর্টিকোসা দ্বারা কোরইডে রক্ত-চলাচল হয়। এই কোরইডের ল্যামিনা ভ্যাস্কিউলোসা দ্বারা রেটিনা এবং অপ্টিক নার্ভ পরিপোষিত হয়। উহার কোরইডো-ক্যাপিলেরিজের দ্বারা সমস্ত চক্ষুর পরিপোষণ এবং চক্ষুর বিতান রক্ষিত হয়। সিলিয়ারি প্রোসেসের সহিত মিলিত হইয়াই এই কোরইডের দ্বারাই ভিট্রিয়সও পরিপোষণ পায়। সিলিয়ারি প্রোসেস হইতে য়্যাকিউয়স নিঃসৃত হয়; এবং ৫ম স্নায়ুর নাসাবিভাগস্থ শাখা এবং অফ্থ্যাল্মিক গ্যাংলিয়ন হইতে প্রায় ১৫টী সিলিয়ারি নার্ভ বহির্গত হইয়া অপ্টিক নার্ভের প্রবেশ-স্থলের নিকটে স্ক্লেরটিক ভেদ করতঃ স্ক্লেরটিক ও কোরইডের মধ্যস্থান দিয়া যাইয়া ক্রমে কোরইড, সিলিযারি বডি, আইরিস ও কর্ণিয়ায় শাখা বিস্তার করে। রেটিনার শিরা সকল এবং অপ্টিক নার্ভ এই কোরইড ভেদ করিয়া গমন করে। কোরইডে কোন প্রদাহাদি বিপদ ঘটিলে, তাহা রেটিনায় বিস্তৃত হয়; এবং কোরইডে প্রদাহাদি যাহা ঘটে, তাহা উহাতে দাগ রাখিয়া

আইসে এবং উহার পিগমেণ্টের গোলযোগ ঘটায়। পরিধিভাগেই এই সমস্ত ঘটনা প্রায়ই দেখা যায়। রেটিনা স্বচ্ছ বলিয়া তন্মধ্য দিয়া কোরইডের ঐ সকল শ্বেত বা পীত বর্ণ দাগ অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা সচরাচর দেখা যায়। তবে, রেটিনা ঐ দাগে আক্রান্ত হইলে, রেটিনার কার্য্যকারিতা শক্তি বিনষ্ট হয় ও তাহাই স্কটোমা শব্দে উল্লিখিত হয়। স্কটোমা শব্দে এই বুঝা যায় যে, পীড়িত অংশের রেটিনা কার্য্যাক্ষম হইয়াছে। সুতরাং অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা দেখিলে স্কটোমা হইয়াছে কি না বলা যায় না।

অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা চক্ষু পরীক্ষা করিবার সময়ে তাবায় চক্ষুগর্ভের যে বর্ণ প্রতিফলিত হয়, তাহা কোরইডো-ক্যাপিলেরিজ এবং ল্যামিনা ভ্যাস্কিউ-লোসার অন্তর্ব্বর্ত্তী শোণিত এবং ইউভিয়ার কোষে সঞ্চিত পিগ্‌মেণ্ট গ্রানিউল প্রযুক্তই হইয়া থাকে। ভিন্ন ভিন্ন ব্যক্তির এবং একই চক্ষুর ভিন্ন ভিন্ন স্থানে পিগমেণ্টের পরিমাণের তারতম্য থাকে। শিশু এবং গৌরবর্ণ ব্যক্তির অল্প পিগমেণ্ট। কৃষ্ণবর্ণ, এবং কৃষ্ণ বা লোহিত কেশ ব্যক্তির, এবং যে সকল ব্যক্তির চক্ষু কটা এবং গাত্রচর্ম্ম ব্রণ-চিহ্নাক্রান্ত তাঁহাদের এবং অন্যান্য স্থানাপেক্ষা ইয়েলো স্পটের নিকট অধিক পিগমেণ্ট থাকে। এই নিমিত্তই শ্বেতী, গৌরবর্ণ ও বালকদিগের পাতলা পাটল বর্ণের পিগ্‌মেণ্ট প্রযুক্ত চক্ষু-গর্ভের বর্ণ পীতাভ আরক্তিম দেখায়; এবং তাহাদের কোরইড অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা স্বচ্ছ রেটিনার অভ্যন্তর দিয়া স্পষ্ট দেখা যায়। উজ্জ্বল শ্যামবর্ণ মনুষ্যের ঘোর পাটলবর্ণের পিগমেণ্ট প্রযুক্ত চক্ষুগর্ভের বর্ণ ঈষৎ পাটল আরক্তিম এবং ঘোর কৃষ্ণবর্ণ ব্যক্তিদিগের ঈষৎ পাটল ধূসর বর্ণ অর্থাৎ স্লেট প্রস্তরের বর্ণের ন্যায় দেখায়। বৃদ্ধ ব্যক্তিদিগের পিগমেণ্ট প্রায়ই শুষ্ক হইয়া যায়। যাহাহউক, তারার প্রসারণ এবং পরীক্ষা করিবার আলোক অনুসারে চক্ষুগর্ভের এই বর্ণব্যত্যয় ঘটে।

কোরইডের রক্তাধিক্য।—কোরইডের রক্তাধিক্য রোগ নির্ণয় করা অতিশয় দুঃসাধ্য। বিশেষত, রুগ্ন ও সুস্থ উভয়বিধ চক্ষুরই একবিধ আকার হইলে, উহা নিতান্ত অসম্ভব হইয়া থাকে। যাহাহউক, কোরইডের রক্তশিরা সকলের ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র শাখাসকল চক্ষু-গর্ভের কোন অংশে একত্র জড়িত ও অধিকতর আরক্তিম বোধ হইলে, এবং ডিস্ক কিঞ্চিৎ আরক্তিম দেখাইলে,

আমরা এই রোগের বিদ্যমানতা অনুমান করিয়া লই। বাহ্য কোন লক্ষণ দেখিয়া এই রোগের বিদ্যমানতা বিশ্বাস করিতে পারা যায় না।

কারণ।—দুর্ব্বলতা, অতিরিক্ত পরিশ্রম ও শুক্রক্ষয়ে, অথবা মাদক দ্রব্য সেবনে, স্নায়ুসূত্র সকল অত্যন্ত ক্লান্ত হইয়া এই রোগ উৎপন্ন হইতে পারে। হৃদ্‌পিণ্ডের কোন পীড়া হইতেও কখন কখন শোণিত-সঞ্চালনের ব্যতিক্রম ঘটিয়া এই রোগ উৎপন্ন হয় কিন্তু, তত্তৎস্থলে রোগী শিরঃপীড়ার বিষয়ে অভিযোগ করে। পাকস্থলীর বিশৃঙ্খলায় এবং স্পষ্ট দৃষ্টির নিমিত্ত দৃশ্য পদার্থ চক্ষুর অতি নিকটে লইয়া চক্ষু সতত আকৃষ্ট করিয়াও কখন কখন এই রোগ ঘটে।

চিকিৎসা।—শারীরিক যে কারণে এই রোগ উৎপন্ন হয়, অগ্রে তদুপশম করা উচিত। চক্ষুতে শীতল জল প্রয়োগই সৎব্যবস্থা। সময়ে সময়ে রগে ব্লিষ্টার প্রভৃতি দ্বারা প্রত্যুত্তেজনা করা প্রয়োজন হইতে পারে। চক্ষুর দর্শনোপযোগিতার বিশৃঙ্খলা হইলে, উপযুক্ত চসমা ব্যবহৃত হয়।

কোরইডাইটিস (Choroiditis)।

প্রদাহিত হইলে, কোরইড হইতে রসস্রাব ঘটে। এই স্রস্ত রস আশোষিত হইতে পারে। কিন্তু, কখন কখন তজ্জন্য তৎস্থানস্থ কোরইডকে শুষ্ক করিয়া ফেলে অথবা তথায় পুঁজ হইয়া পড়ে। কেবল কোরইড মাত্র প্রদাহিত হইলে, চক্ষুতে প্রাদাহিক কোন প্রকার বাহ্য লক্ষণ প্রকাশ করে না ; কেবল দৃষ্টির গোলযোগ ঘটে এবং অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা রোগনির্ণয় হয়। কিন্তু, যখন এই প্রদাহে ইউভিয়াল ট্র্যাক্টের অপরাপর অঙ্গ অর্থাৎ সিলিয়ারি বডি ও আইরিস আক্রান্ত হয়, তখনই কেবল চক্ষুতে প্রদাহের বাহ্যলক্ষণ প্রকাশ পায়। এই রোগকে প্রধানতঃ তিন শ্রেণীতে বিভাগ করা যায়+১। প্ল্যাষ্টিক বা এক্‌জুডেটিভ। ২। সপিউরেটিভ। ৩। আইরিডো-কোরইডাইটিস।

এক্‌জুডেটিভ কোরইডাইটিস।—এইরূপ রোগ সচরাচর ঘটে। যত দূর স্থান আক্রমণ করে এবং তাহা ইয়েলো স্পট প্রদেশ হইতে কত দূর এই অনুসারে এই রোগে ভিন্ন ভিন্ন লক্ষণ উপস্থিত হয়। আইরাইটিস এবং সিক্লাইটিস রোগ সমবেত না হইলে, এই রোগে বাহ্য কোন লক্ষণ প্রকাশ

পায় না। কর্ণিয়ার চতুষ্পার্শ্ববর্ত্তী স্ক্লেবটিক আরক্তিম হয় না। কর্ণিয়া পরিষ্কার থাকে—উহাতে কেরাটাইটিস পংটেটা হয় না, এবং তাবার শক্তি, আকাব ও বর্ণের কোন ব্যত্যয ঘটে না। রোগী কেবল দৃষ্টি সম্বন্ধে গোলযোগ বোধ করে। রাত্রি কালে অন্ধকাব গৃহে মুদিত নেত্রে শয্যাশায়ী থাকিলে, রোগী পাতলা নীল বর্ণ বা লোহিত বর্ণে আলোকের বিদ্যমানতা (phosphenes) অনুভব করেন। দিবালোকে বিশেষত কাগজাদি শ্বেতবর্ণ পদার্থোপরি দৃষ্টি নিক্ষেপ করিলে, দৃষ্টি সম্মুখে মিউসি ভলিট্যান্টিস রোগাপেক্ষা বৃহত্তর মলিনতা উড্ডীন বলিয়া বোধ করেন, এবং তাহাতে দৃশ্য পদার্থের কিযদংশ তমসাচ্ছন্ন করে। ইযেলো স্পটে রসস্রাব ঘটিলে, দৃশ্য পদার্থের চতুঃসীমা স্পষ্ট উপলব্ধি হয় না—দৃষ্টি সম্মুখস্থ সমান্তর সরল রেখা নানাবিধ বক্র আকারে প্রতীযমান (metamorphopsia) হয়। পেরিমিটার যন্ত্র দ্বারা দৃষ্টিক্ষেত্র মাপ করিলে, উহার সমস্ত আকৃতির কোন হ্রাস দেখা যায় না, তবে মধ্যে মধ্যে ক্ষুদ্র ও বৃহৎ কোন কোন স্থানে দৃষ্টিবোধ বা তমসাচ্ছন্ন হয় (relative or absolute scotomata)। ভিট্রিয়স আবিল হইয়া পড়িলে, আলোক-জ্ঞানও কম হইয়া পড়ে। অনেকস্থলে, রোগী চক্ষুর পশ্চাদ্দিকে সর্ব্বদা সামান্য টনটনে বেদনা অনুভব করেন। কিন্তু, এই লক্ষণ তত গুরুতর বলিয়া অনুভব করেন না।

অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রে—রেটিনার রক্তশিরা সকলের নিম্নে, কোরইডের লোহিতাভ ক্ষেত্রে পীতাভ অস্পষ্ট সীমাবদ্ধ কোরইডাইটিস রোগের রস-স্রাবের নূতন চিহ্ন সকল দেখা যায়। কতিপয় সপ্তাহ পরে ঐ পীত চিহ্ন সকল তিরোহিত হইতে পারে। উপযুক্ত চিকিৎসায়, কোন কোন স্থলে উহাতে কোরইডের কোন ক্ষতি করে না। কিন্তু, সচরাচর উহারা যেমত তিরোহিত হয়, তেমতি তৎস্থানকে শুষ্ক করে ও গুটাইয়া আনে; এবং তাহাতে তন্নিম্নবর্ত্তী স্ক্লেরটিকের উজ্জ্বল শ্বেতবর্ণ দৃষ্টিগোচর হয়। চিহ্নের চতুষ্পার্শ্বে তত্রত্য পিগমেণ্ট সকল জড়ীভূত হইয়া রহে। একই চক্ষুতে এইরূপ নূতন ও পুরাতন উভযবিধ দাগ দেখা যায়। দাগের সম্মুখবর্ত্তী রেটিনা এবং ভিট্রিয়সও প্রাদাহিক রসস্রাবে অভিভূত হইয়া থাকে। এই নিমিত্ত সিফিলিটিক কোরইডো-রেটিনাইটিস প্রভৃতি রোগে ভিট্রিয়সে ক্ষুদ্র

ক্ষুদ্র মলিনতা জন্মিয়া উহা আবিল হইয়া পড়ে। ভিট্রিয়সের এই মলিনতা রোগীর দৃষ্টি আচ্ছন্ন করে; এবং পরীক্ষককে অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা চক্ষুগর্ভ পরীক্ষা করিতেও দেয় না। ভিট্রিয়স মলিন হইলেই কোরইডাইটিস থাকে, তাহা নহে। এক্জুডেটিভ কোরইডাইটিস স্থায়ী রোগ; এবং উহা পুনঃ পুনঃ ঘটে; এবং কখন কখন অপ্টিক নার্ভ ও রেটিনাকে পীড়িত করিয়া রোগীকে সম্পূর্ণ অথবা আংশিক অন্ধ করিয়া ফেলে।

কারণ।—স্বোপার্জ্জিত অথবা পৈত্রিক উপদংশ রোগই এই রোগের সচরাচর কারণ। কিন্তু, অনেকানেক স্থায়ী রোগে কোন নির্দ্দিষ্ট কারণ অনুমান করা যায় না। কখন কখন কদর্য্যাহার, স্ক্রফুলা, ক্লোরোসিস এবং এনিমিয়া এই রোগের সহিত বিদ্যমান থাকে। অতিরিক্ত মাইওপিয়া রোগেও এই রোগ বিদ্যমান থাকে। কিন্তু, তথায় কোরইডের শুষ্কতা ভিন্ন তত রসস্রাব দেখা যায় না।

প্রকার।—এই রোগ অনেক প্রকার। তন্মধ্যে নিম্নে ৫টী উল্লেখ করা গেল। ১। ডিসিমিনেটেড। ২। সেণ্ট্রাল। পেরিফিরাল। ৪। ডিফিউজ এক্জুডেটিভ। ৫। মাইওপিক।

কোরইডাইটিস ডিসিমিনেটা (Choroiditis Disseminata.)।—

লক্ষণ।—ক্রমশঃ দৃষ্টিহানি, দৃষ্টিক্ষেত্রে মাকড়শার জাল বা কেশের ন্যায় কৃষ্ণবর্ণ সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম বস্তুর ভাসমানতা, চতুর্দ্দিকস্থ বস্তু ধূমাবৃত ও ইতস্ততঃ বিক্ষিপ্ত, এবং কোন কোন দিকে কেবল আংশিক দৃষ্টিজ্ঞান হয়, সুতরাং তদ্দিকস্থ দৃশ্য বস্তুর কিয়দংশ মাত্র দেখা যায়। চক্ষুতে যন্ত্রণা, কর্ণিয়া, কনজংটাইভা ও স্ক্লেরটিকের রক্তাধিক্য, অশ্রুনিঃসরণ ও আলোকভীতি প্রভৃতি লক্ষণ আইরিস প্রদাহিত না হইলে প্রকাশমান থাকে না। অক্ষিতারা সামান্য প্রসারিত হয়। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা চক্ষু পরীক্ষা করিয়া দেখিলে, নূতন কলঙ্ক সকল পীতাভ এবং পুরাতন কলঙ্ক সকল উজ্জ্বল শ্বেতবর্ণ দেখায়। উহারা কৃষ্ণবর্ণ পিগমেণ্ট দ্বারা সীমাবদ্ধ এবং উহাদের উপর দিয়া রেটিনার রক্তশিরা সকল প্রবাহিত হইতেছে বলিয়া দেখা যায়। রোগের প্রকোপ উপশমিত না হইলে, আইরিস এবং রেটিনা প্রায়ই প্রদাহিত হইয়া তত্তৎ রোগের লক্ষণাদি প্রকাশ করে। শোণিতসঞ্চালনের বিশৃঙ্খলায় লেন্স ও ভিট্রি-

ষসের পরিপোষণের ব্যাঘাত জন্মে। ভিট্রিয়সের ভাসমান মলিনতা প্রযুক্ত, অথবা প্রদাহিত কোরইডের চাপে, রেটিনা চাপিত ও বিনাশিত হওয়ায়, রোগী দৃষ্টিসম্মুখে কৃষ্ণবর্ণ পদার্থ সকল চক্ষুতে দেখিতে পায়। এই সকল কৃষ্ণ বর্ণ স্থানকে স্কটোমা শব্দে উল্লেখ করা যায়। যাহাহউক, চক্ষুগর্ত্তের প্রান্তভাগাপেক্ষা তলদেশ কলঙ্কিত হইলে, দৃষ্টির বিলক্ষণ হানি জন্মে; এবং এই প্রকার কোরইডাইটিস রোগে রোগী অল্প পরিমাণে জ্বর ভোগ করিতে থাকে। ডাং টে এই রোগকে গটেটা কোরইডাইটিস রোগ বলেন।

কারণ।—এই পীড়া দ্বিবিধ। উপদংশ সম্ভূত ও অনুপদংশ সম্ভূত। সোপার্জ্জিত অথবা পৈত্রিক উপদংশ কারণে উৎপন্ন হইলে, এই প্রদাহ আইরিস হইতে সঞ্চারিত হইয়া আইসে; এবং গাত্রে উপদংশ ব্রণ আবির্ভাব সময়েই উদিত হয়। ইহাতে নিঃসৃত লিম্ফ কলঙ্ক সকল নিকটবর্ত্তী হইলেও পরস্পর মিলিত হয় না; এবং ঐ সকল কলঙ্কের আকার গোল। অনুপদংশ স্থলে, ঐ সকল লিম্ফ-কলঙ্ক অল্প হইলেও প্রায়ই সীমাবদ্ধ থাকে না; এবং পরস্পর মিলিত হইয়া ব্যাপ্ত হয় ও স্থায়ীভাবে থাকিয়া, প্রায়ই কোন প্রকার চিকিৎসায় উপশমিত হয় না।

পরিণাম।—ইয়েলো স্পট প্রদেশে লিম্ফ নিঃসরণ ঘটিলে, এই রোগ প্রায়ই আরোগ্য হয় না। অপরাপর স্থলে, নিঃসৃত পদার্থ শোষিত হইতে আরম্ভ হইলে, কিঞ্চিৎ আরোগ্য আশা করা যাইতে পারে।

চিকিৎসা।—পারদ ঘটিত ঔষধই এই রোগের প্রকৃত ব্যবস্থা। আইওডাইড অব পোটাসের সহিত বাইক্লোরাইড অব্ মার্করি (১১৭, ১১৮, ১১৯ ব্য) কিছুকাল প্রতিদিবস ২।৩ বার অথবা প্রতি দ্বিতীয় রাত্রিতে ৫ গ্রেণ মাত্রায় পিল প্লমার সেবন করা উচিত। এই ব্যবস্থায় পারদ শরীরে কার্য্যকর না হইলে, প্রতিরাত্রিতে পারদের বাষ্পগ্রহণ অথবা হাইড্রার্জ মলম বাহুমূলে বা উরুমূলে ঘর্ষণ করা, অথবা ক্যালোমেল সেবন দ্বারা মুখ হইতে লালা নির্গত করান উচিত। পারদ ব্যবহার করিলে, কোরইড হইতে নিঃসৃত লিম্ফ পদার্থ শোষিত হইয়া যায়। সময়ে সময়ে, জোঁক, কৃত্রিম জোঁক অথবা অঙ্গু হাইড্রা-আইডি রুব্রাই ব্লিষ্টার দ্বারা কপোলদেশে প্রত্যুত্তেজনা করিলে, অনেক উপকার হইবার সম্ভাবনা। অনুপদংশস্থলে, আইওডাইড ও ব্রোমাইড পোটাসিয়ম

মিক্শ্চার (১১৬ ব্য) প্রতিদিবস ২।৩ বার সেবন ব্যবস্থিত হইতে পারে। এই সঙ্গে সঙ্গে, কতিপয় দিবস অল্প মাত্রায় লাইকর হাইডার্জ বাইক্লোরাইড সেবন করা যাইতে পারে। রোগী ভবভোগ করিতে থাকিলে, অথবা দীর্ঘকাল পারদ ব্যবহারে উপকার হইলে, তৎপরে পারদ ঔষধ সেবন না করিয়া, কুইনাইন, ষ্ট্রীকনিয়া ও আয়রণ প্রভৃতি সেব্য। কিন্তু এই সঙ্গে প্রতিরাত্রিতে রগে ও ভ্রূদেশে হাইড্রার্জ বেলেডোনা অয়েণ্টমেণ্ট (৭২ ব্য) ম্রক্ষিত করা উচিত। লিখন-পঠন প্রভৃতি চাক্ষুষ কার্য্যে বিরত থাকা ও নীলবর্ণের চসমা ব্যবহার করা উচিত। পুষ্টিকর খাদ্য, বিশুদ্ধ বায়ু সেবন ও ব্যায়াম প্রভৃতি উপদংশজনিত স্থলেও নিতান্ত প্রয়োজনীয়। জরায়ু ও পাকস্থলী প্রভৃতির বিশৃঙ্খলা থাকিলে, তত্তৎ নিবারক ঔষধাদির আশ্রয় গ্রহণ করা উচিত। তদ্ভিন্ন, চক্ষুতে কোনরূপ ঔষধ প্রদান করা নিষ্প্রয়োজন।

২। সেণ্ট্রাল কোরইডাইটিস।—এই রোগে ইয়েলো স্পট প্রদেশে ক্ষুদ্র ও বৃহৎ দাগ জন্মে ও তাহার পার্শ্বে অতিরিক্ত পিগমেণ্ট জড়ীভূত হয়। তাহাতে বৃহৎ স্কটোমা প্রকাশ পায়। বৃদ্ধ ব্যক্তিদিগের পক্ষে, তৎস্থান শুষ্ক হইয়া যায়। চিকিৎসায় এই রোগ আরোগ্য হয় না।

৩। পেরিফিরাল বা য়্যাণ্টেরিয়ার কোরইডাইটিস।—এই রোগে কোরইডের কেন্দ্রস্থল সুস্থ থাকে—পরিধিভাগেই রোগজ পূর্ব্বোক্ত পরিবর্ত্তনাদি ঘটে। এরূপ স্থলে দৃষ্টি তাদৃশ বিনষ্ট হয় না।

৪। কোরইডাইটিস ডিফিউজা। (Choroiditis Diffusa)—ওয়েকার সাহেব এই রোগকে প্যারাঙ্কাইমেটস কোরইডাইটিস শব্দে বর্ণনা করিয়াছেন। বাস্তবিক, প্যারাঙ্কাইমেটস আইরাইটিস্ রোগের সহিত এই রোগের সমুদায় অংশে সৌসাদৃশ্য আছে।

অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিয়া দেখিলে, এই প্রদাহের প্রারম্ভে কোরইডের রক্তশিরা সকল পরিবর্ত্তিত হইয়া শ্বেতাবরণে আবৃত বলিয়া বোধ হয়। পরে, উহার নিকটস্থ কনেক্টিভ টিসু আক্রমণ করিয়া, কোরইডে কণ্ডাইলোমেটা উৎপাদন করে। রক্তশিরার সমাবক্ত হয় না বলিয়া, উহাদিগকে ক্যান্সার বলিয়া ভ্রম হয় না। এই সকল কণ্ডাইলোমেটা আকারে বর্দ্ধিত হইয়া, রেটিনাকে ভিট্রিয়স চেম্বারের অভিমুখে ঠেলিতে থাকে। উহারা

দেখিতে ঈষৎ সবুজ শ্বেতবর্ণ এবং তদুপরি রেটিনায় অবশিষ্ট রক্তশিরা সকল প্রবহমান থাকে। এই রোগে রেটিনাইটিস পিগ্‌মেণ্টোসা এবং ভিট্রিয়সে মলিনতাও বর্ত্তমান থাকে।

সচরাচর অল্পবয়স্ক, কোমল-শরীর, বিশেষতঃ উপদংশ রোগাক্রান্ত পিতা-মাতাসম্ভূত শিশুসন্তানদিগেরই অথবা চক্ষুতে আঘাত লাগিয়া এই রোগ ঘটে। এরূপস্থলে, তারা প্রসারিত, ঈষৎ সবুজবর্ণ, অক্ষিগোলকের বিতান বর্দ্ধিত এবং চক্ষু কিঞ্চিৎ বৃহৎ বলিয়া বোধ হয়। প্রথমাবস্থায় বাতকাণা পরিশেষে দৃষ্টি বিনষ্ট হয়। কিন্তু, রোগারম্ভ সময়ে চক্ষুতে কোন প্রকার যাতনা বোধ হয় না। পীড়ার প্রকোপ বৃদ্ধি হইয়া লেন্স, ভিট্রিয়স এবং রেটিনা মলিন হয়, এবং সমুদায় চক্ষুতে পূয জন্মিতে পারে। এই কারণে, অথবা কর্ণিয়ায় ক্ষত হইয়া, চক্ষু বিনষ্ট হইয়া যায়। কখন কখন এই সকল কণ্ডাইলোমেটা অস্থিরূপে পরিবর্ত্তিত হইতেও পারে। পারদঘটিত ঔষধাদি দ্বারাও এই পীড়া আরোগ্য করা অতি দুরূহ; সুতরাং এই রোগের ভাবিফল নিতান্ত অশুভ বলিতে হইবেক।

৫। মাইওপিক কোরইডাইটিস রোগে অপ্টিক ডিস্ক, ইয়েলো স্পট এবং উহাদের নিকটবর্ত্তী প্রদেশে কোরইড শুষ্ক হইয়া যায়। অতিরিক্ত মাইওপিয়া থাকিলে এই রোগ ঘটে। ডিস্কের বহির্দ্দেশ হইতে অর্দ্ধ চন্দ্রাকারে এই শুষ্কতা ঘটে। ঐ স্থানের চতুষ্পার্শ্বে আবার অসুবিধকের আকারে স্কটোমা জন্মে। পোষ্টেরিয়ার ষ্ট্যাফিলোমাও এই সঙ্গে সঙ্গে থাকে। এই রোগ ক্রমাগত বাড়িয়া রোগীকে জন্মের মত অন্ধ করে। এই রোগের চিকিৎসা পরে বর্ণিত হইবে।

প্যানফথ্যাল্মাইটিস (Panophthalmitis)।

এই রোগকে সপিউরেটিভ কোরইডাইটিস এবং অফথ্যাল্মাইটিস রোগও বলে। এই রোগে চক্ষু সহসা ভয়ানকরূপে প্রদাহিত হইয়া পড়ে। অক্ষিপুট আরক্তিম, স্ফীত ও উন্মীলনাক্ষম এবং কঞ্জংক্টাইভা আরক্তিম, স্ফীত ও কিমোসিস-যুক্ত হয়; এবং চক্ষু হইতে প্রায়তঃ পূযক্লেদ নিঃসৃত হইতে থাকে। য়্যাকিউয়স হিউমারের মলিনতা এবং হাইপোপিয়ন এই রোগের

অপর লক্ষণ। আইরিস ঈষৎ পীতাভ, বিবর্ণ ও সম্মুখদিকে ঠেলিয়া আইসে। আইরিস এবং তারা লিম্ফ সমাবিষ্ট হয় ও তারা কখন কখন প্রসারিত থাকে। চক্ষুর বিতান এত বৃদ্ধি হয় যে, অঙ্গুলিস্পর্শে কষ্টবোধ হয়। কর্ণিয়া প্রথম প্রথম স্বচ্ছ থাকিলেও কিছুদিন পরে মলিন হইয়া পড়ে; এবং উহাতে ওনিক্স অথবা স্ফোটক উৎপন্ন হয়। ভিট্রিয়স ঘোলা এবং লিম্ফ অথবা পূযকণা বিশিষ্ট হইয়া থাকে। কোরইড, সিলিয়ারি বডি এবং রেটিনা হইতেও কখন কখন রস নিঃসৃত হইতে থাকে ও তাহাতে রেটিনা বিশ্লিষ্ট হইয়া পড়ে। চক্ষুতে এবং চক্ষুর চারিদিকে ভয়ানক যাতনা হয়। এমত কি, চক্ষু এত কট্ কট্ ও ঝন ঝন করিতে থাকে যে, তাহাতে রোগী নিদ্রা বা বিশ্রামসুখ ভোগ করিতে পারেন না। স্বল্প জ্বরবোধ এবং বমনোদ্রেকও অনেক-স্থলে প্রকাশিত হয়। চক্ষুতে দৃষ্টিজ্ঞান থাকা দূরে থাকুক, অনেক সময়ে আলোকজ্ঞান পর্য্যন্তও থাকে না; এবং রোগী সময়ে সময়ে চক্ষুতে কৃত্রিম অগ্নিস্ফুলিঙ্গ ও সহস্র সহস্র কৃত্রিম তারকাপাত অথবা বৈদ্যুতিক আভা দেখিয়া থাকেন।

কারণ।—সচরাচর চক্ষুতে আঘাত লাগিয়া, অথবা ভিট্রিয়স বা সিলিয়ারি বডিতে কোন পদার্থ নিবেশিত কিম্বা কর্ণিয়া ঘৃষ্ট ও দগ্ধ হইয়া এই পীড়া অভ্যুদিত হয়। ছানি তুলিবার অস্ত্রসাধনের পরেও চক্ষু প্রদাহিত হইয়া, এই রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে। কর্ণিয়া অথবা আইরিসের পূযোৎ-পাদক প্রদাহের পরেও, এবং সূতিকা জ্বর, দীর্ঘকাল জ্বরভোগ, শিরঃপীড়া, অথবা কদর্য্য আহার-বিহারাদি দ্বারাও এই রোগ ঘটিতে দেখা যায়। আমাদের দেশে মালেরা ছানি ছাড়াইতে গিয়া অনেক স্থলে এইরূপ বিপদ আনয়ন করে।

পরিণাম।—যত প্রকার ভয়ানক রোগ চক্ষুতে ঘটিতে পারে, তন্মধ্যে ইহা একটী প্রধান রোগ। এই রোগে চক্ষু প্রায়ই বিনষ্ট হইয়া যায়। যাহাহউক, রোগারম্ভে সাধ্যমত চেষ্টা করিয়া রোগের প্রকোপ নিবারণ করিতে পারিলে, কখন কখন এই রোগে রোগীর দৃষ্টি রক্ষা করিতে পারা যায়। কখন কখন এই পূয়োৎপাদক প্রদাহে মস্তিষ্ক পর্য্যন্তও প্রদাহিত হইয়া রোগীর জীবনসংশয় হয়।

চিকিৎসা।—প্রথমে দৃষ্টি রক্ষার নিমিত্ত সাধ্যমত চেষ্টা করা উচিত। তাহাতে বিফলপ্রযত্ন হইলে, যাহাতে চক্ষুর যাতনাদি নিবারিত হয়, তাহার চেষ্টা করা উচিত। পূয উৎপন্ন হইবার পূর্ব্বে, চক্ষুতে বেলেডোনা অথবা পোস্ত ঢেঁড়ির সেঁক, পোল্টিস, বেলেডোনা অথবা একোনিসিয়া অয়েণ্টমেণ্ট প্রলেপন, এবং প্রত্যহ ৩।৪ বার ক্ষীণ য্যাট্রোপীন বা এসারীণ (১৬৫, ৮৪, ৭১, ৩৭, ৪৯ ব্য) প্রয়োগ দ্বারা যন্ত্রণাদি নিবারিত হইতে পারে। এই রোগজ প্রদাহ নিবারিত না হইলে, তাহা অপ্টিক নার্ভ দিয়া মস্তিষ্কে সঞ্চারিত হইয়া রোগীর মৃত্যুও ঘটিতে পারে। যাহাহউক, অতিরিক্ত প্রদাহ স্থলে, যতক্ষণ পর্য্যন্ত সুখজনক বলিয়া বোধ হয়, ততক্ষণ পর্য্যন্ত চক্ষুতে ক্ষণে ক্ষণে বরফ ব্যবহার করা যাইতে পারে। রগে ব্লিষ্টার লগ্ন বা মর্ফিয়ার পিচকারি এবং রোগীকে পারদ-ঘটিত ঔষধের বশীভূত করাও প্রদাহ নিবারণের মহদুপায়। পূয হইতে আরম্ভ হইলে, এই সকল উপায় পরিত্যাগ করিয়া, রোগীকে অন্ধকার গৃহে আবদ্ধ রাখিয়া চক্ষুকে বিশ্রান্ত রাখা উচিত। যাহাতে কোষ্ঠ পরিষ্কার থাকে, এরূপ ব্যবস্থা পূর্ব্বাবধি করা বিধেয়। বিশ্রাম এবং রাত্রিকালে নিদ্রা হেতু বিশেষত যন্ত্রণা নিরারণার্থে আফিঙ্গ বা মর্ফিয়া সেবন করা সর্ব্বতোভাবে পরামর্শসিদ্ধ। পিপাসা এবং গাত্র উষ্ণ অর্থাৎ জ্বরজ লক্ষণাদি বর্ত্তমান থাকিলে, ফিবার মিকশ্চার ও তৎপরে কুইনাইন মিকশ্চার (১৪৭, ১৫০ ব্য) সেবন করা উচিত। মদ্য প্রভৃতি উত্তেজক, এবং নানাবিধ বলকারক ঔষধ ও খাদ্যের ন্যায়মত ব্যবস্থা দ্বারা রোগীর স্বাস্থ্যবিধান করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। হাইপোপিয়ন অথবা চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি থাকিলে, অথবা কর্ণিয়া ক্ষত ও পূযবিশিষ্ট হইলে, ২।১ দিবস অন্তর স্থূল নিডল দিয়া কর্ণিয়া ছিদ্রিত করিয়া য্যাকিউয়স নিঃসৃত হইতে দিলে অনেক উপকার হয় বটে, কিন্তু এইরূপ অস্ত্রসাধন করিয়া অনেক স্থলে, চক্ষু বিনষ্ট হইয়া থাকে, সুতরাং ১বার মাত্র অস্ত্র করিয়া উপকার অপেক্ষা করিতে হয়। ভিট্রিয়স অথবা সিলিয়ারি বডিতে কোন বাহ্যপদার্থ অন্তর্নিবিষ্ট থাকিলে, ও তাহা বহিষ্কৃত করিবার সুবিধা থাকিলে, তাহা বহিষ্কৃত করা সর্ব্বতো-ভাবে উচিত। নতুবা, তদ্দ্বারা সুস্থ চক্ষুটীতেও প্রদাহ সঞ্চারিত হইতে পারে। যাহাহউক, যথায় এই বাহ্য পদার্থে, আঘাতে অথবা পূযপ্রদাহে চক্ষু এরূপ বিনষ্ট হইয়া যায় যে, উপশমের পক্ষে কোন আশা করা যাইতে পারে না,

তথায় চক্ষুটী উৎপাটিত করিয়া লওয়াই সৎব্যবস্থা। তাহাতে রোগীর কোন ভয়ানক বিপদ না ঘটিয়া, বরং প্রত্যহ স্বাস্থ্যের উন্নতি হইতে থাকে। ডাং ম্যাকনামারা বলেন যে, এইরূপ মস্তিষ্কের প্রদাহপ্রযুক্ত রোগে সিম্প্যাথেটিক অফথ্যাল্মিয়া ঘটে না। সুতরাং তদ্বিধস্থলে, চক্ষু নিষ্কাশন করা বৈধ নহে। মস্তিষ্কের পীড়া আরোগ্য হইলে, রোগীর চক্ষু চুপসিয়া অন্ধ হইয়া রহে।

সিরস কোরইডাইটিস (Serous)

সিরস কোরইডাইটিস রোগ দ্বিবিধ। এক বিধ প্রবল প্রাদাহিক গ্লকোমা (Glaucoma Fulminous) রোগ বলিয়া, গ্লকোমা রোগ প্রকরণে বর্ণিত হইবে। দ্বিতীয় প্রকার সিরস কোরইডাইটিস রোগ অপেক্ষাকৃত সামান্য এবং তাহাই এস্থলে বক্তব্য।

এই রোগে চক্ষুতে কোন প্রকার উত্তেজনা লক্ষিত হয় না। অক্ষিগোলক যদিও কখন কখন ঈষৎ আরক্তিম হয় বটে, কিন্তু তদ্ব্যতীত অশ্রুনিঃসরণ, আলোকভীতি অথবা যাতনা কিছুই উপলব্ধি হয় না। ভিট্রিয়স ঘোলা হয় বলিয়া, দৃষ্টির বিলক্ষণ ব্যাঘাত ঘটে। কখন কখন ভিট্রিয়সে সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম কোমল স্তরবৎ মলিনতা জন্মে। প্রবল প্রাদাহিক গ্লকোমা রোগের ন্যায় এই মলিনতা শীঘ্র শীঘ্র তিরোহিত না হইয়া ভিট্রিয়সকে পরিবর্ত্তিত করে। এই রোগে লেন্স অল্প বা অধিক পরিমাণে স্থানান্তরিত হয়। সচরাচর পীড়ার প্রকোপবৃদ্ধি অনুসারে, সিরস আইরাইটিস রোগের লক্ষণ সকল অভ্যুদিত হইতে থাকে। চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি স্থায়ী থাকিলে, গ্লকোমা রোগজ লক্ষণ সকল প্রকাশমান হইয়া পড়ে। যাহাহউক, এই রোগ আরোগ্য হইলে, ভিট্রিয়স এবং য়্যাকিউয়স পূর্ব্ববৎ স্বচ্ছ হয়। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিলে, কোরইডের নিরক্ষদেশে সামান্য পরিবর্ত্তন ব্যতীত উহার অপরাপর অংশে কোন পরিবর্ত্তন লক্ষিত হয় না। তবে লেন্সের পশ্চাদ্ভাগে প্রায়ই একটী বিন্দুবৎ অস্বচ্ছতা রহিয়া যায়।

চিকিৎসা।—শৈত্য, বায়ু ও রৌদ্র ইত্যাদি হইতে চক্ষুকে বিশ্রান্ত রাখা, চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন প্রয়োগ, কর্ণপশ্চাতে ব্লিষ্টার ও রগে কৃত্রিম জোঁক

লাগান, ভিট্রিয়সের অস্বচ্ছতা শোষণের নিমিত্ত স্বল্প বা পূর্ণমাত্রায় আইওডাইড অব পোটাসিয়ম (১১৬, ১২১ব্য) এবং ঘর্ম্ম ও মূত্র কারক ঔষধাদির ব্যবস্থা এই রোগের চিকিৎসা। চক্ষুর বিতান বৃদ্ধি থাকিলে, য্যাট্রোপীনের পরিবর্ত্তে এসারীন (৪৮ ব্য) ব্যবহার করিলে অনেক উপকার দর্শে। ২।৪ দিবস অন্তর কর্ণিয়া বিদ্ধ করিয়া য্যাকিউয়স নিঃসৃত করা এবং তাহাতেও অভীষ্ট সিদ্ধ না হইলে, এক বা তদধিক বার আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়।

পোষ্টেরিয়ার ষ্ট্যাফিলোমা (Posterior Staphyloma)।

এই রোগকে স্ক্লের-কোরইডাইটিস পোষ্টেরিয়ার রোগও কহে। অধিক মাইওপিয়া অর্থাৎ নিকটদৃষ্টি রোগে সচরাচর চক্ষুর কোরইড চুপসিয়া তন্নিম্নস্থ স্ক্লেরটিক পশ্চাদ্দিকে ঠেলিয়া যায়। সুতরাং এই রোগে, চক্ষু বৃহত্তর, উন্নত এবং অণ্ডাকার হয়। অক্ষিগোলকের পশ্চাদর্দ্ধই অণ্ডাকারে লম্বমান এবং ঈষৎ নীলবর্ণ হয়। কিন্তু সম্মুখার্দ্ধের আকৃতিপরিবর্ত্তন হয় না। গুরুতর স্থলে, অক্ষিগোলক এক পার্শ্ব হইতে অপর পার্শ্বে উত্তমরূপে ফিরিতে পারে না, এবং উহা এতাদৃশ বিতানিত ও বৃহৎ হইয়া থাকে যে, অক্ষিকোটর উহার অবস্থানের অনুপযুক্ত কোটর বলিয়া বোধ হয়।

অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিলে, অপটিক ডিস্কের প্রান্তভাগে একটী উজ্জ্বল শ্বেত বা ঈষৎ পীতবর্ণ মণ্ডল ইয়েলো স্পটের অভিমুখে রহিয়াছে এরূপ দেখা যায়। ডিস্কের বর্ণ ঈষৎ গোলাপী বলিয়া, তাহা এই মণ্ডল বলিয়া ভ্রম হয় না। এই মণ্ডল শ্বেতবর্ণ বলিয়া, চক্ষুগর্ত্তের অন্য স্থানাপেক্ষা তদুপরিস্থ রেটিনার সূক্ষ্ম এবং ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র শিরা সকল সুস্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায়। এই রোগে কোরইডে পিগমেণ্টের অভাব হয়, সুতরাং এই পাতলা কোরইডের ভিতর দিয়া স্ক্লেরটিকের উজ্জ্বলতা প্রতিভাত হয়। চক্ষুর অভ্যন্তরে স্থায়ী শোণিতসংঘাত হইয়া, শোণিত সঞ্চালনের ব্যতিক্রম হওত, দৃষ্টির অস্পষ্টতা জন্মে; সুতরাং এবম্বিধ রোগে অনাহারে অথবা কৃত্রিম জোঁক প্রয়োগে, দৃষ্টিশক্তির অনেক উন্নতি হয়। রেটিনা সচরাচর উত্তেজিত হয় বলিয়া, সুদৃষ্টির বিলক্ষণ ব্যাঘাত জন্মে; এবং সামান্য লিখনপঠন কার্য্যেও চক্ষুতে বেদনা বোধ হয়।

পীড়া বৃদ্ধি হইলে, মাইওপিয়ার বৃদ্ধি হইয়া, দৃষ্টি ক্রমশ আরো অধিক অস্পষ্ট হইতে থাকে। ভিট্রিয়স মলিন হওয়ায়, দৃষ্টিসম্মুখে চক্ষুতে কৃষ্ণবর্ণ পদার্থ সকল নানাবিধ কল্পনোদ্ভূত আকারে ক্ষণে ক্ষণে ভাসমান হইয়া রোগীকে বিলক্ষণ আতঙ্কিত করে। কখন কখন বা দৃষ্টি-সম্মুখে লক্ষ লক্ষ উজ্জ্বল তারকাবৃষ্টি অথবা ইতস্ততঃ বিক্ষিপ্ত আলোকস্ফুলিঙ্গ দেখিতে পাওয়া যায়। কোরইডের হ্রাস এবং পিগমেণ্টের অভাব প্রযুক্ত অপ্টিক্ নার্ভ এবং রেটিনা সাতিশয় আলোকিত ও উত্তেজিত হইয়াই এই সকল উপলক্ষিত হইয়া থাকে। অক্ষিবীক্ষণ দ্বারা দেখিলে, পীড়ার প্রকোপ উত্তমরূপে দেখিতে পাওয়া যায়। উক্ত শ্বেতমণ্ডলে রক্তাধিক্য এবং তাহা অস্পষ্ট সীমাবদ্ধ হয় না। ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র শ্বেতবর্ণ কলঙ্ক সকল ঐ মণ্ডলের এবং কখন কখন ইয়েলো স্পটের চতুর্দ্দিকে প্রকাশমান হইয়া, কোরইডকে সমধিক হ্রস্ব করে। কোন কোন স্থলে, উহারা পরস্পর একত্রে মিলিত হইয়া ডিস্কের চতুর্দ্দিকে বিস্তৃত হয়, কিন্তু তাহাতে ডিস্ক্ কিম্বা অপ্টিক্ নার্ভের কোন ব্যত্যয় ঘটে না। ইয়েলো স্পটের নিকটস্থ কোরইড এবং রেটিনা এই প্রদাহে পরিবর্ত্তিত হইলে, রোগী দৃষ্টির হ্রাসতার সঙ্গে সঙ্গে কখন কখন দুই একটী কৃষ্ণবর্ণ স্থির কলঙ্ক (স্কটোমা) দৃষ্টিক্ষেত্রে অনুভব করেন। যাহাহউক, সেকেণ্ডারি গ্লকোমা রোগও অনেক সময়ে এই রোগে সমবেত হইয়া পড়ে, এবং তাহাতে অপ্টিক্ ডিস্ক গহ্বরিত, চক্ষু বিতানিত এবং দৃষ্টি বিনাশিত হয়।

উপসর্গ।—ভিট্রিয়স হিউমার মলিন ও অস্বচ্ছ এবং তদুপরি কৃষ্ণবর্ণ পদার্থ সকল ভাসমান হয়। কোরইড এবং রেটিনার মধ্যস্থানে রস বা শোণিত নিঃসৃত হইয়া, উহারা পরস্পর বিশ্লিষ্ট হইয়া পড়ে। কখন কখন পীড়ার শেষাবস্থায় লেন্সের পশ্চাদ্বর্ত্তী কেন্দ্রস্থান অস্বচ্ছ হয়। যাহাহউক, এই রোগে কোরইডো-আইরাইটিস রোগ ঘটে, এবং চক্ষু চুপসিয়া যাইতেও পারে।

কারণ।—এই রোগের কারণ নিশ্চয় করা অতিশয় দুরূহ। যাহাহউক, পিতামাতার দোষে রোগী জন্ম হইতেই এই রোগ-প্রবণ থাকে, ইহা অনেকে অনুমান করেন। নিকটস্থ বস্তু স্পষ্ট দর্শনের নিমিত্ত চক্ষুর দর্শনোপযোগিতার ব্যতিক্রম ঘটিলে, এই রোগের বৃদ্ধি পায়। এই হেতু, যাহারা স্পষ্ট দর্শনের

নিমিত্ত চক্ষু পুস্তকাদির অতি নিকটে আনয়ন করিয়া দেখেন, তাঁহাদের এই রোগ ঘটিতে দেখা যায়। কন্‌কেভ চসমা ব্যবহার করিয়া নিয়ত অতিরিক্ত লিখন-পঠনাদি কার্য্যে ব্যাপৃত থাকিলেও ভিট্রিয়সের এবম্বিধ অস্বচ্ছতা জন্মে; এবং কোরইডের সহিত রেটিনার বিশ্লেষণ প্রভৃতি ঘটে।

পরিণাম।—পীড়ার বৃদ্ধি হইলে, বিশেষত মাইওপিয়া এবং ভিট্রিয়সের অস্বচ্ছতা ক্রমশ বৃদ্ধি হইতে থাকিলে এই রোগের পরিণাম স্থির করিতে বিশেষ সতর্ক হইতে হয়। অধিকন্তু, ভিট্রিয়সের এই মলিনতা অতিরিক্ত, দূরব্যাপ্ত ও বহুস্থানাবরোধক হইলে, দৃষ্টিক্ষেত্রের উর্দ্ধাধঃ দেশ অস্পষ্ট হইলে, (ইহাই কোরইড হইতে রেটিনার বিশ্লেষণ-জ্ঞাপক) এবং ম্যাকিউলা লুটিয়া প্রদেশে কোরইডের অপকর্ষ ঘটিতে আরম্ভ হইলে, এই রোগ আরোগ্য হওয়া অতিশয় দুরূহ। এই ম্যাকিউলা লুটিয়া প্রদেশে কোরইডের অপকর্ষ ঘটিলে, সময়ক্রমে অপর চক্ষুটীও এতদ্রূপ রোগাক্রান্ত হইতে পারে।

চিকিৎসা।—অধিকক্ষণ পর্য্যন্ত লিখনপঠনাদি কার্য্যে চক্ষুঃসংযোগ অথবা গ্রীবানত হইয়া অধ্যয়নাদি করা নিতান্ত বিরুদ্ধ। কারণ, তাহাতে চক্ষুর অভ্যন্তরে শোণিতসংঘাত হইতে পারে। এরূপস্থলে, চিৎ হইয়া ও মস্তকের দিকে আলোক রাখিয়া, অথবা ঢালু টেবিলের উপর লিখনপঠনাদি করা যুক্তি সঙ্গত। চসমা ব্যবহার করিলে, উপকার হওয়া দূরে থাকুক, বরং অপকার হইয়াই থাকে। যাহাহউক, কিছু দিবস সাংসারিক অবশ্য-প্রয়োজনীয় কার্য্যাদিতে অল্পক্ষণ সামান্য চক্ষুঃসংযোগ করিয়া, চক্ষুকে একেবারে বিশ্রান্ত রাখা অথবা অন্ধকার গৃহে আবদ্ধ থাকা উচিত। রেটিনার উত্তেজনাজনিত ভিন্ন ভিন্ন বর্ণের আলোক স্ফুলিঙ্গাদি নিবারণ করিতে হইলে, কর্ণপশ্চাতে অথবা কপোলদেশে ব্লিষ্টার লাগান উচিত। ১/১৬ অথবা ১/১২ গ্রেণ মাত্রায় বাইক্লোরাইড অব মার্কারি এবং যে সকল ঔষধে চর্ম্ম ও কিড্‌নি হইতে স্বেদ নিঃসৃত হয়, তাহা সেবন করা যাইতে পারে। রাত্রিকালে শয়ন সময়ে, উষ্ণ জলে হস্তপদাদি চুবাইয়া রাখা এবং চক্ষুতে শীতল জল লাগান বিশেষ উপকারক। ইহাতেও উপকার না হইলে ক্রমাগত ৩ রাত্রিতে রগে ২টী করিয়া জোঁক লাগাইয়া তৎপরে তৎস্থানে সেঁক দিতে হয়। মাইওপিয়ার জন্য উপযুক্ত চসমা এবং আকাশ বা নীলবর্ণের চসমাই প্রশস্ত। যাহাহউক,

গতদৃষ্টি পুনর্লাভের জন্য ব্যস্ত না হইয়া অবশিষ্ট দৃষ্টির রক্ষার জন্য যত্ন করাই উচিত।

ইপিথিলিয়মের অভাব।—কোরইডের বর্ণকোষ সকল বিনষ্ট হইয়া যাইলেও রোগীর দৃষ্টির কোন ব্যাঘাত ঘটে না। কিন্তু, গ্রীষ্মপ্রধান দেশে চক্ষুর রেটিনা এতদ্দ্বারা সূর্য্যের উত্তাপ ভোগ করে।

টিউবার্কল।—কখন কখন কোরইডে টিউবার্কল হইতে দেখা যায়। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা দেখিলে, অপ্টিক ডিস্কের নিকটে, উহাদিগকে ঈষৎ গোলাপী অথবা পাংশুবর্ণের ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র দাগ বলিয়া বোধ হয়। এতদ্দ্বারা ভিট্রিয়স ঘোলা হয়, এবং দৃষ্টিও অল্প বা অধিক পরিমাণে বিনষ্ট হয়। পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নভাবে আহারবিহার ও শয়নাদি এবং ব্যায়াম, পুষ্টিকর খাদ্য ও কড লিভার অয়েল প্রভৃতি এই রোগের ব্যবস্থা।

কোরইড হইতে রক্তস্রাব।—কখন কখন চক্ষুতে আঘাত লাগিয়া, অথবা গ্লকোমা, পোষ্টেরিয়ার ষ্ট্যাফিলোমা ও রেটিনার য়্যাপোপ্লেক্সি ইত্যাদি রোগে, কোরইড হইতে শোণিত নিঃসৃত হইয়া, কোরইডের টিসুতে অথবা কোরইড এবং স্ক্লেরটিকে বা কোরইড এবং রেটিনার মধ্যবর্ত্তী স্থলে, সেই রক্ত সংযত থাকে। কখন কখন অধোমুখে চাক্ষুষ কার্য্যে নিযত দৃষ্টিসংযোগ থাকায়, এইরূপ শোণিত স্রস্ত হইতে পারে। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা এই শোণিত স্পষ্ট বোধগম্য হইযা থাকে। ইয়েলো স্পটের নিকটে শোণিত নিঃসৃত না হইলে, এতদ্দ্বারা দৃষ্টিজ্ঞান সামান্য ব্যথিত হয; এবং দুই একটী স্কটোমা দেখিতে পাওয়া যায়। এই রোগের চিকিৎসা উহার উৎপাদক কারণগত রোগসমূহে উল্লিখিত হইয়াছে।

স্ক্লেরটিক হইতে কোরইডের বিশ্লেষণ।—আঘাত লাগিয়া সিরম্ উৎপ্রবেশিত হইলে, অথবা কোরইডে টিউমার উৎপন্ন হইতে থাকিলে, স্ক্লেরটিক হইতে রেটিনার সহিত কোরইড বিশ্লিষ্ট হইয়া ভিট্রিয়স হিউমারে স্তূপভাবে ঠেলিয়া আইসে। *অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা দেখিলে,* উহার বর্ণ ঈষৎ পীত-পাণ্ড অথবা গাঢ় রক্তবর্ণ বলিয়া বোধ হয়। কখন কখন উহার মধ্য দিয়া শ্বেতবর্ণ স্ক্লেরটিক দেখিতে পাওয়া যায়। যাহাহউক, এই পরীক্ষার সময়ে রোগী ভিন্ন ভিন্ন দিকে দৃষ্টিনিক্ষেপ করিতে থাকিলে, উহা কম্পিত হয়

না বলিয়া, উহাকে কেবল রেটিনার বিশ্লেষণ বলিয়া ভ্রম হয় না। আর চক্ষুর ক্রমশ বিতানবৃদ্ধি না হওয়ায়, উহাকে টিউমার বলিয়াও ভ্রম হয় না। যাহাহউক, এই রোগে চক্ষুর দৃষ্টিশক্তি বিনষ্ট হইয়া যায়; এবং কখন কখন আইরিডো-কোরইডাইটিস রোগের লক্ষণ সকল উপস্থিত হইয়া, চক্ষু কোমলতর হয় অথবা চুপসিয়া যায়।

ফাটন ও ছিন্ন-ভিন্ন-হওন।—চক্ষুতে আঘাত লাগিয়া কোরইড ফাটিয়া যাইতে অথবা ছিন্নভিন্ন হইতে পারে; অথচ তাহাতে রেটিনা বা স্ক্লেরটিক আহত বা ছিন্ন ভিন্ন হয় না। এই আঘাতে কোরইড হইতে প্রায়ই অতিরিক্ত শোণিতস্রাব হইয়া থাকে, এবং অল্প বা অধিক পরিমাণে প্রদাহের লক্ষণাদি উদিত হয়। ভিট্রিয়স ঘোলা এবং সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম মলিন পদার্থে আচ্ছন্ন হয়, সুতরাং দৃষ্টির অনেক ব্যাঘাত হয়। শোণিত শোষিত হইয়া যাইলে, এই সকলের কোন চিহ্নই থাকে না, এবং দৃষ্টি পরিষ্কার হয়। নতুবা, কোরইডে শোণিত কলঙ্ক বর্ত্তমান থাকে, দৃষ্টিক্ষেত্র সঙ্কুচিত হইয়া পড়ে এবং ভিট্রিয়সে মলিন পদার্থ থাকিয়া দৃষ্টির ব্যাঘাত প্রদান করিতে থাকে। এবম্বিধ স্থলে, চিকিৎসা করিতে হইলে, কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ, শীতল জল, য়্যাট্রোপীন, ব্লিষ্টার, জোঁক ও আইওডাইড অব পোটাসিয়ম প্রভৃতি ঔষধের আশ্রয়ে শোণিত শোষিত হইবার উপায় করিতে হয়।

কলোবোমা।—কখন কখন কোরইডে কলোবোমা দেখিতে পাওয়া যায়; এবং সচরাচর তৎসঙ্গে সঙ্গে স্ক্লেরটিক পশ্চাদ্দিকে ঠেলিয়া উঠে। ইয়েলো স্পটের নিকটবর্ত্তী স্থানে এই কলোবোমা না হইলে, চক্ষুর কিঞ্চিৎ দৃষ্টি থাকিতে পারে। কিন্তু, তৎস্থানস্থ দৃষ্টির সম্মুখে স্কটোমা বর্ত্তমান থাকিয়া দৃষ্টির বিলক্ষণ ব্যাঘাত করে। ইহা জন্মজাত দুঃসাধ্য রোগ।

কোরইডে অস্থিসঞ্চয়।—বিনষ্ট চক্ষুতে অথবা যে চক্ষু চুপসিয়া গিয়াছে তাহাতে, কোরইডের উপরিভাগে কখন কখন প্রকৃত অস্থি সংগঠিত হইতে দেখা যায়।

টিউমার।

কোরইডে সার্কোমা ও ক্যান্সার দ্বিবিধ টিউমার উৎপন্ন হইয়া থাকে।

সার্কোমা (Sarcoma)।—এই রোগে প্রথমে রেটিনা বিশ্লিষ্ট হইয়া

দৃষ্টির ব্যাঘাত জন্মে। পরে, ক্রমে ভিট্রিয়স ঘোলা হয়; এবং লেন্সে ছানি পড়ে। চক্ষুর বিতান ক্রমে বাড়িতে থাকে এবং গ্লকোমা রোগের সমস্ত লক্ষণ উদিত হয়। আইরিস সম্মুখে ঠেলিয়া আইসে, কর্ণিয়ায় স্পর্শজ্ঞান থাকে না, তারা প্রসারিত, দৃষ্টি বিলুপ্ত এবং চক্ষু ও তাহার চতুর্দ্দিকে ভয়ানক প্রবল যাতনা হয়। পরে, চক্ষু ক্রমে সম্মুখে ঠেলিয়া আইসে ও কর্ণিয়া বা স্ক্লেরটিক ভেদ করিয়া টিউমারের আকারে বহির্গত হয়। যাহাহউক, এই রোগকে প্রথমে গ্লকোমা রোগ বলিয়া ভ্রম হইতে পারে। কিন্তু, আইরিডেক্টমী সাধনে সে ভ্রম অপনীত হইয়া যায়। এই সার্কোমা হইতে ক্যান্সার রোগের প্রভেদ এই যে, ইহাতে লিম্ফ্যাটিক্ গ্ল্যাণ্ড সকল পীড়িত হয় না। কিন্তু যকৃৎ, ফুসফুস্ ও কিড্নিতে গৌণ টিউমার সকল উৎপন্ন হইতে দেখা যায়।

এই রোগ ৩০ বৎসরের অধিক বয়সে হয়। যাহাহউক, সচরাচর এই রোগ মেলানোটিক টিউমার নামে অভিহিত হইয়া থাকে। কখন কখন সিলিয়ারি বডি হইতেও এবম্ভূত টিউমার উৎপন্ন হয়। আহত হইয়া অথবা আইরিডো-কোরইডাইটিস প্রভৃতি রোগে বিনাশিত চক্ষুতেই এই রোগ ঘটে। চক্ষুর বিনাশই এই পীড়ার পরিণাম এবং চক্ষু উৎপাটনই এই পীড়ার চিকিৎসা (অক্ষিকোটরের টিউমার চিকিৎসা দেখ)। চক্ষু-নিষ্কাশনের পর, প্রতিদিবস জিঙ্ক ক্লোরাইড লোশনে অক্ষিগহ্বর ধৌত করা বিধেয়। টিউমার যত দিন চক্ষুর অন্তর্নিবিষ্ট থাকে, তত দিনের মধ্যেই চক্ষু নিষ্কাশন করিতে হয়। কিন্তু, স্ক্লেরটিক ভেদ করিয়া উহা চক্ষুর বাহিরে আসিলে, উহা নিষ্কাশন করা উচিত কি অনুচিত, তাহা বিবেচনা করিতে হয়। পীড়িত চক্ষুতে ক্লোরো-ফর্ম্মের বাষ্প লাগাইয়া এবং বেদনা নিবারক ঔষধাদির সাহায্যে আমরা রোগীর যন্ত্রণাদির লাঘব করিতে পারি, তদ্ব্যতীত কিছুই পারি না।

ক্যান্সার।—মেডিউলারি ও মেলানোটিক এই দুই প্রকার ক্যান্সার রোগ কোরইডে উৎপন্ন হইয়া থাকে। মেলানোটিক ক্যান্সার অতি বিপদাবহ রোগ। উহাতে রোগীর জীবনাশঙ্কা আছে। রোগনির্ণয় সাব্যস্ত হইলেই চক্ষু নিষ্কাশন করাই সংব্যবস্থা; এবং চক্ষু নিষ্কাশন সময়ে, অপ্টিক নার্ভের অতি-পশ্চাৎ পর্য্যন্ত ছেদন করা উচিত। এই রোগে অপ্টিক নার্ভ পীড়িত হইলে, ক্লোরাইড অব জিঙ্ক পেষ্ট (১৭ ব্য) ব্যবহার করা অত্যাবশ্যক।

দশম অধ্যায়।

ভিট্রিয়স হিউমারের রোগ।

এনাটমী।—সদ্যপ্রসূত হংসডিম্বের শ্বেতাংশ দেখিতে যদ্রূপ ভিট্রিয়স বডি বা হিউমারও দেখিতে ঠিক তদ্রূপ কোমল স্বচ্ছ পদার্থ। উহা হায়েলয়েড নামক মেম্ব্রেণের অন্তর্ব্বর্ত্তী থাকিয়া, লেন্স ও সস্পেন্সারি লিগামেণ্টের পশ্চাদ্দিকস্থ তাবৎ চক্ষুগর্ভে ব্যাপ্ত হইয়া আছে। উহাতে স্নায়ু ও রক্তশিরাদি কিছুই নাই। কোরইড এবং প্রধানতঃ সিলিয়ারি প্রোসেস হইতেই উহা পরিপোষণ প্রাপ্ত হয়। উহাতে দুইটী লিম্ফ প্রবাহ দেখা যায়। সম্মুখ প্রবাহ পারবিভাগ দিয়া য়্যাকিউয়স হিউমার এবং তথা হইতে স্ক্লেমের প্রণালী ও ফণ্টেনার চতুষ্পার্শ্বে ব্যাপ্ত এবং পশ্চাদ্দিকস্থ প্রবাহ অপ্টিক নার্ভের চতুর্দ্দিকে আছে। ভিট্রিয়সের সম্মুখভাগ মৃণ্ময় শরাব ন্যায় গহ্বরিত। এই গহ্বরিত স্থানের নাম প্যাটেলার ফসা; এবং ইহাতেই ক্যাপসিউল সমবেত লেন্স আছে। প্যাটেলার ফসা হায়েলয়িড মেম্ব্রেণ দ্বারা আবৃত নহে, উহা অপ্টিক নার্ভ হইতে ওরা সিরেটা পর্য্যন্ত রেটিনার মেম্ব্রেণা লিমিটান্স ইণ্টার্ণার সঙ্গে সঙ্গে আসিয়া সিলিয়ারি প্রোসেসের শীর্ষ হইতে লেন্সের পরিধির সম্মুখ পর্য্যন্ত বিস্তৃত। ইহাতেই উহা পিটিট বর্ণিত লিম্ফ প্রণালীর সম্মুখ আবরণ করে। অনেকানেক শরীরতত্ত্ববেত্তা হায়েলয়িডের বিদ্যমানতা আদৌ স্বীকার করেন না। তাহারা বলেন যে, রেটিনার মেম্ব্রেণা লিমিটান্স ইণ্টার্ণার অব্যবহিত পরেই ভিট্রিয়স অবস্থিত আছে। য়্যাকিউয়সের ন্যায় ভিট্রিয়স পুনঃপ্রসূত হয় না। এক বার বিনষ্ট হইলে, তৎস্থান য়্যাকিউয়স বা সিরম অধিকার করে। পুনর্ব্বার ভিট্রিয়স জন্মে না। এই য়্যাকিউয়সের অভ্যন্তর দিয়াও আলোক তুল্যরূপে রেটিনায় পৌঁছিতে পারে বলিয়া, দৃষ্টিসম্বন্ধে কোন গোলযোগ ঘটে না। হায়েলয়িড মেম্ব্রেণের

শেষাংশের নাম লেন্সের সস্পেন্সারি লিগামেণ্ট বা জনুলা অব জিন। ইহা অন্যান্য অংশাপেক্ষা অধিক শক্ত।

হায়েলাইটিস (Hyalitis)।—ভিট্রিয়স হিউমারে স্নায়ু ও রক্তশিরাদি না থাকিলেও উহা প্রদাহিত হইতে পারে। কিন্তু, উহা স্বতঃ প্রায়ই প্রদাহিত হয় না। আইরিস, কোরইড অথবা রেটিনা হইতে প্রদাহ সঞ্চারিত হইয়া উহাকে কখন কখন প্রদাহিত করে। কখন কখন উহাতে অথবা নিকটবর্ত্তী সিলিয়ারি প্রোসেসে কোন বাহ্য পদার্থ প্রবিষ্ট থাকিয়াও এই প্রদাহ উপস্থিত হয়। কিন্তু, তাদৃশস্থলও অতি বিরল।

এই প্রদাহ সিম্পল্ অর্থাৎ অপূয়োৎপাদক এবং সপিউরেটিভ অর্থাৎ পূয়োৎপাদক, এই দুই শ্রেণীতে বিভক্ত। সিম্পল হায়েলাইটিস রোগে ভিট্রিয়স আবিল হইয়া পড়ে; এবং সিলিয়ারি প্রোসেস হইতে লিম্ফ নিঃসৃত হইয়া, তন্মধ্যে কৃষ্ণবর্ণ ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র সূত্রবৎ মলিন পদার্থ ইতস্ততঃ বিক্ষিপ্ত দেখা যায়। তদ্ব্যতীত অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রে কোরইডের অপর কোন পরিবর্ত্তন অবগত হওয়া যায় না। অধিক দিন প্রদাহিত থাকিলে, ভিট্রিয়স ক্রমে তরল হইয়া পড়ে; এবং সচরাচর রেটিনা বিশ্লিষ্ট হওয়ায়, দৃষ্টির বিলক্ষণ বাধা জন্মে।

কখন কখন ক্যাটারাক্ট অস্ত্রসাধনের পর আইরিডো-সিক্লাইটিস প্রভৃতি রোগ জন্মিয়া, লেন্সের নিকটবর্ত্তী ভিট্রিয়সের সম্মুখদেশে পূয সংযত হয়। ইহাকেই পোষ্টেরিয়ার হাইপোপিয়ন কহে।

চিকিৎসা।—রেটিনা ও কোরইড প্রভৃতি প্রদাহিত হইয়া এই রোগ জন্মে বলিয়া এই রোগের চিকিৎসা ও পরিণাম উল্লিখিত হইল না।

মিউসি ভলিট্যান্টিস্ (Muscæ Volitantis.)।—এই রোগে দৃষ্টি-ক্ষেত্রে নানাবিধ মিউসি অর্থাৎ ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র কৃষ্ণবর্ণ পদার্থ ইতস্ততঃ ভ্রাম্যমাণ হইতে দেখা যায়। বিরক্তিকর হইলেও ইহাতে স্কটোমার ন্যায় দৃষ্টির কোন আবিলতা ঘটে না।

ভিট্রিয়স হিউমারের অপরাপর মলিনতা চক্ষুর গর্ভস্থ কোন অবয়বের রোগ প্রযুক্ত হইয়া থাকে এবং তাহাতে দৃষ্টির ব্যাঘাত হয়। কিন্তু, এই রোগ সুস্থ চক্ষুতেই অভ্যুদিত হয; এবং অনেকানেক সুস্থ ব্যক্তি অল্পবিস্তর এই বিরক্তি ভোগ করেন। আর স্কটোমা রোগ হইতে এই রোগের প্রভেদ এই যে, স্কটোমা রোগে ঐ কৃষ্ণবর্ণ পদার্থ স্থিরভাবে দৃষ্টিনিক্ষেপের অনুসরণ করে; অর্থাৎ কোন লিখনপঠন কার্য্যে যেমন আমরা প্রত্যেক পংক্তি লিখিতে বা পড়িতে থাকি, তেমনি উহা উক্ত পংক্তিসকলের প্রত্যেক স্থানেই আমাদের দৃষ্টির সঙ্গে সঙ্গে স্থিরভাবে চলিতে থাকে—ইতস্ততঃ বিচলিত হয় না; এবং দৃষ্টি রোধ করে। কিন্তু, মিউসি রোগে উহা যখন তখন ইতস্ততঃ ছায়াবৎ বিচলিত হইতে থাকে, এবং বিচলিত ছায়াবৎ সেই কৃষ্ণবর্ণ পদার্থের সীমাও পরিস্ফুট থাকে না। অপিচ, অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা দেখা যায় যে, কোরইডের পরিবর্ত্তন ঘটিয়া, তৎস্থানস্থ রেটিনার অসাড়তা প্রযুক্ত স্কটোমা রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে।

মিউসির আকার নানাবিধ। কখন কখন স্বচ্ছ গোলাকার, ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র বিম্ববৎ পৃথক্ পৃথক্ অথবা দলবদ্ধ হইয়া উহারা দৃষ্ট হয; আর কখন বা মুক্তাবৎ উজ্জ্বল গুচ্ছাকারে দৃষ্টিক্ষেত্রে ইতস্ততঃ ভাসিতে থাকে অথবা কখন কৃষ্ণবর্ণ নানাবিধ আকারে দৃষ্ট হয়। ইতস্ততঃ দৃষ্টিনিক্ষেপের সঙ্গে সঙ্গে চক্ষু ইতস্ততঃ যে পরিচালিত হইয়া থাকে, ঐ পরিচালনে উহারাও ইতস্ততঃ পরিচালিত হইয়া থাকে। উহারা সহসা অভ্যুদিত হয় এবং দীর্ঘকাল পর্য্যন্ত সমভাবে থাকে; অথবা দৃষ্টিক্ষেত্রের বিভিন্ন স্থানে সহসা কিছুকাল বিলীন থাকিয়া, পুনরুদিত হয। অতিরিক্ত পরিশ্রম বা দৃষ্টিসঞ্চালনে চক্ষু ক্লান্ত অথবা রেটিনা উত্তেজনশীল হইলে, অথবা পাকস্থলী বা স্নায়ু সকলের কোন বিশৃঙ্খলা ঘটিলে, এই সকল মিউসি বর্দ্ধিত হইতে পারে। বিরল আলোক অথবা তমসাচ্ছন্ন দিবালোক অপেক্ষা, উজ্জ্বল পরিষ্কৃত আকাশক্ষেত্রে অথবা অতিশয় শ্বেতবর্ণ কাগজ অথবা সৌধোপরি দৃষ্টিনিক্ষেপ করিলে, রোগী এই সকল মিউসি সুস্পষ্ট অনুভব করেন। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা ভিট্রিযসের রোগজনিত অস্বচ্ছ বিম্ব সকল দেখিতে পাওয়া যায়। কিন্তু, মিউসি সকল ক্ষুদ্র বলিয়া, সুস্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায় না।

সচরাচর মাইওপিয়া-দোষদূষিত সুস্থ চক্ষুতে, বিশেষতঃ যাহারা কোন

সূক্ষ্ম শিল্পকার্য্যে সতত দৃষ্টি নিয়োজিত রাখে, তাহাদের চক্ষুতে, ঐই রোগে সরিষার ফুল দেখা যায়।

মিউসির কারণ নির্দ্দেশ করা সহজ নহে। বিজ্ঞবর সংপ্রাপ্তিজ্ঞ চিকিৎসকেরা বলেন যে, উহা অসাব চ্যুত কোষবিধান মাত্র। উহাদের ছায়াই রেটিনায় পতিত হইয়া দৃষ্টিক্ষেত্রের সম্মুখে বিচলিত হইয়া থাকে। কখন কখন পক্ষ্ম, কর্ণিয়াব উপরিভাগে ক্লেদযুক্ত অশ্রু, লেন্সের অভ্যন্তরে বিন্দু বিন্দু দাগ ইত্যাদিও মিউসি বলিয়া ভ্রম জন্মাইয়া দেয়।

চিকিৎসা।—চক্ষুকে কোন শিল্পকার্য্যে নিপুণভাবে নিয়োজিত না বাখিয়া বিশ্রান্ত রাখা এবং যদ্দ্বাবা শবীব ও মন নিযত প্রফুল্ল ও সুস্থ থাকে, তাহা করা উচিত। মিউসির বিদ্যমানতাপক্ষে, সতত দৃষ্টি বাখা কর্ত্তব্য নহে; এবং সর্ব্বদা গাঢ় নীল অথবা ধূম্রবর্ণের উপযুক্ত চসমা ব্যবহার করা উচিত। কুইনাইন এবং আযরণ প্রভৃতি বলকারক (১৩০, ১৪০, ১৫২ ব্য) এবং আইওডীন ও পোটাসি আইওডাইড প্রভৃতি শোষক ঔষধ (১১৫, ১২০, ১২১ ব্য) ন্যায়মত ব্যবস্থা করিযা, রোগীর স্বাস্থ্যবৃদ্ধি ও শোণিত পরিষ্কার করিলে, রোগেব অনেক উপশম হইয়া থাকে। পাকস্থলী এবং যকৃৎ প্রভৃতির বিশৃঙ্খলাজনিত স্থলে, তত্তৎ বোগের প্রতি বিশেষ লক্ষ্য রাখিয়া চিকিৎসা করা বিজ্ঞতার কার্য্য। চক্ষুতে কোন প্রকার ঔষধ প্রয়োগে এই সকল মিউসি অপনীত হয় না। এই রোগে দৃষ্টিলোপ হইবার কোন সম্ভাবনা নাই এবং ঐ সকল মিউসি দীর্ঘকাল সমভাবে থাকিতে, অর্থবা কালে কিম্বা সহসা, বিলুপ্ত হইতে পারে।

ভিট্রিয়সে অস্বচ্ছতা (Vitreous Opacities)।—সচরাচর আইরিস, কোরইড, রেটিনা অথবা ভিট্রিযস প্রদাহিত হইয়া এবং পৈত্রিক বা সোপার্জ্জিত উপদংশ কারণে, ভিট্রিয়সে অস্বচ্ছতা বা মালিন্য জন্মে। ম্যালেরিয়া প্রভৃতি কারণে শরীরের পুষ্টি বিনাশিত এবং পরিমিত শোণিতের অভাব হইলেও এই অস্বচ্ছতা ঘটে। বোধ হয়, প্রদাহে ভিট্রিয়সের কোষাণু ও টিস্যু পরিবর্ত্তিত হইয়া অথবা উহাতে লিম্ফ বা শোণিত স্রস্ত হইয়া, এইরূপ অস্বচ্ছ আকার ধারণ করে।

রোগীকে শীঘ্র শীঘ্র বারম্বার চক্ষুকে ইতস্ততঃ পরিচালিত করিতে আদেশ করিয়া, অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা প্রত্যক্ষ উপায়ে পরীক্ষা করিলে, এই সকল

অস্বচ্ছতা অনায়াসেই দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে। উহাদের আকার কথন কথন সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম কেশের ন্যায়, কথন গোলাকার কৃষ্ণবর্ণ ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র বীজের ন্যায়, আর কথন-বা পাতলা মেম্ব্রেণ অথবা জালের ন্যায়, কথন স্থির, কথন ভাসমান থাকে। সুতরাং চক্ষুর গর্ভস্থ অপরাপর বিধানের অবস্থা উত্তমরূপে পরীক্ষিত হয় না। এই সকল অস্বচ্ছতার ছায়া রেটিনায় পতিত হওয়ায়, স্পষ্ট দৃষ্টির বিলক্ষণ বাধা জন্মে। অপিচ, এবম্বিধ অস্বচ্ছতা রোগে, ভিট্রিয়স কথন কথন অস্বাভাবিক বিমল স্বচ্ছ অবস্থা ত্যাগ করিয়া, ঘোলা হইয়া পড়ে। পোষ্টেরিয়ার ষ্ট্যাফিলোমা রোগে, এই অস্বচ্ছতা সচরাচর অধিক দেখিতে পাওয়া যায়।

চিকিৎসা।—যে সকল পীড়া কারণে এই রোগ জন্মে, সেই সকল পীড়া দমন করিলে, এই রোগও উপশমিত হইতে পারে। কিন্তু অস্বচ্ছতা বৃহৎ বৃহৎ হইলে এবং ভিট্রিয়সের তারল্য প্রযুক্ত শীঘ্র শীঘ্র নড়িতে চড়িতে থাকিলে, চিকিৎসা করা বৃথা। নূতন রোগে এবং সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম অস্বচ্ছতায় প্রতি দ্বিতীয় দিবসীয় রাত্রিতে মার্করির বাষ্প গ্রহণ করিলে, উপদংশসম্ভূত স্থল অন্যান্য স্থলাপেক্ষা উপশম হইবার বিলক্ষণ সম্ভাবনা আছে। মেলেরিয়া-জনিতস্থলে, কড লিভার অয়েল ও বাইক্লোরাইড অব মার্করি, আর্সেনিক, কুইনাইন, ষ্ট্রীকনিয়া (১৩০, ১৩৫, ১৪০, ১৪৪ ব্য) ও উত্তম খাদ্য ইত্যাদির ব্যবস্থা করা সর্ব্বাপেক্ষা যুক্তিসঙ্গত। অতিরিক্ত শোণিত ও মেদবিশিষ্ট ব্যক্তির পক্ষে, রগে জোঁক লাগাইয়া রক্তমোক্ষণ করা যাইতে পারে। কতিপয় সপ্তাহ যাবৎ প্রত্যহ ভরাপেট অবস্থায় ১বার করিয়া ⅛ গ্রেণ হইতে ক্রমশঃ ¼ গ্রেণ মাত্রায় চর্ম্মনিম্নে পাইলোকার্পাইন পিচকারী করিলে, এই রোগ উপশমিত হয়। রোগী ঐ সময়ে যতক্ষণ শরীর হইতে যথেষ্ট ঘর্ম্ম নির্গত হইবে, ততক্ষণ শয্যাশায়ী থাকিবেন। কিন্তু, সকল রোগী এরূপ কষ্টকর চিকিৎসায় বাধ্য হন না। স্ত্রীলোকদিগের ঋতুবিশৃঙ্খলা হইলে, তাহাও চিকিৎসা করিতে হয়। কিন্তু, রক্তস্রাবজনিত দুগ্ধের সরের ন্যায় ভিট্রিয়সের অস্বচ্ছতা কোন-রূপ চিকিৎসা দ্বারা উপশমিত হয় না। উহা সময়ক্রমে, স্বতঃই আশোষিত হইতে পারে। ভন গ্রেফি সাহেব, অতি সূক্ষ্ম নিডল দ্বারা মেম্ব্রেণের ন্যায় এই অস্বচ্ছতাকে বিভাজিত করিয়া, পরে সেব্য ঔষধাদি ব্যবস্থা করত, অনেকানেক স্থল আরোগ্য করিয়াছেন, এরূপ বিবরণ পাওয়া যায়।

তরলতা (Fluidity)।—ভিট্রিয়স কখন কখন স্বাভাবিক গাঢ় অবস্থা ত্যাগ করিয়া জলবৎ তরল হইয়া যায়। কিন্তু তাহাতে উহার ঔজ্জ্বল্য বিনষ্ট হয় না। এবম্বিধ স্থলে, ভিট্রিয়সের উপবিভাগে প্রায়ই কৃষ্ণবর্ণ অস্বচ্ছতা জন্মে। যে সকল পীড়া ঘটিয়া চক্ষু অন্ধ হইয়া যায়, সেই সকল পীড়ার শেষে ভিট্রিয়সের এবম্বিধ-তরল অবস্থা ঘটে। কোন কোন স্থলে, কোন প্রকার প্রদাহিত না হইয়া এবং চক্ষুর বিলক্ষণ দৃষ্টিশক্তি থাকিতেও ভিট্রিয়স তরল হইয়া থাকে। এরূপ চক্ষুতে প্রায়ই অসময়ে ছানি রোগ হয়; এবং সেই চক্ষুর রেটিনাও বিশ্লিষ্ট হয়। এই নিমিত্ত, শারীরিক কোন কারণে পুষ্টির কোনরূপ ব্যতিক্রম প্রযুক্ত, অসময়ে যৌবনাবস্থাতেই ছানি হইলে, তত্তৎস্থলে ভিট্রিয়সের তরলাবস্থা দেখিতে পাওয়া যায়। বিদারণাঘাতে অথবা ক্যাটারাক্ট প্রভৃতি অস্ত্রসাধনে, ভিট্রিয়স বহির্গত হইয়া পড়িলে, চক্ষুর উক্ত স্থান য়্যাকিউয়স দ্বারা পূর্ণ হয়। নূতন ভিট্রিয়স কখন পুনর্ব্বার উৎপন্ন হইতে পারে না। এই অবস্থা চিকিৎসার আরোগ্য হয় না।

সিঙ্কাসিস (Synchysis)।—কখন বহুসংখ্যক কোলেষ্টারাইন্ বা টাইরোসীন স্বর্ণরেণুর ন্যায় এই তরল ভিট্রিয়সে ভাসমান থাকে। অক্ষি-বীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা দেখিলে উহাদিগকে ইতস্ততঃ পতিত তুবড়ি বাজির স্ফুলিঙ্গের ন্যায় দেখা যায়। ইহার কারণ অদ্যাপিও অপরিজ্ঞাত আছে। বোধহয়, ভিট্রিয়সে রক্তস্রাব হইয়া, অথবা তন্মধ্যে লেন্স্ নিমগ্ন হইয়া, কালক্রমে বহুদিবস পরে, এই রোগ ঘটে। মালের দ্বারা ছানি তুলিয়া ভারতবর্ষবাসিদিগেরই সচরাচর এই রোগ জন্মে। এই রোগকে সিঙ্কাইসিস সিণ্টিল্যান্স রোগও বলে

পদার্থ সন্নিবেশন।—ভিট্রিয়সে কোন পদার্থ প্রবিষ্ট থাকিয়া প্রদাহ উৎপাদন না করিলে, তথায় উহা অধিক দিবস পর্য্যন্ত স্থায়ী থাকিতে পারে; কিন্তু সচরাচর তাহা ঘটে না। উহা চক্ষুর সতত আবর্ত্তন-প্রত্যাবর্ত্তনে, চক্ষুর গর্ভস্থ কোন না কোন অবয়বে ভয়ানক প্রদাহ জন্মাইয়া ও সেই প্রদাহে চক্ষুধ্বংস করিয়া, সমবেদনাক্রমে অপর চক্ষুটীকেও বিনষ্ট করিয়া ফেলে।

এতদ্দেশীয় মালেরা সচরাচর ছানি তুলিবার আশয়ে, লেন্স বহিষ্কৃত না করিয়া, তাহাকে ভিট্রিয়স হিউমারে নিমজ্জিত করিয়া রাখে। স্বয়ং অথবা ঔষধাদি প্রয়োগে, এতজ্জনিত প্রদাহের শান্তি না হইলে, চক্ষুর অন্তর্ব্বর্ত্তী

পদার্থ বহিষ্করণ অথবা চক্ষুটীকে নিষ্কাশিত করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। যদি চক্ষুতে দৃষ্টি থাকে, তবে লেন্স স্থানান্তরিত হইবার সপ্তাহ মধ্যে, উহাকে পুনর্ব্বার নিষ্কাশিত করা বিধেয়। অন্যান্য পদার্থকেও ভিট্রিয়স হইতে বহিষ্কৃত করিবার চেষ্টা করা উচিত। লৌহ অথবা ইস্পাতের কণা ইলেক্ট্রো-ম্যাগ্নেট দ্বারা নিষ্কাশিত হইতে পারে। কিন্তু, সচরাচর এই সকল অস্ত্রসাধন শুভজনক হয় না। বাহ্য পদার্থ দ্বারা প্রদাহ উপস্থিত হইলে, অগ্রে প্রদাহ নিবারণের উপযোগী ঔষধাদি প্রয়োগ করাই বিধেয়। যাহাহউক, এতদ্দ্বারা যে যে অবয়ব যেরূপ প্রদাহিত হয়, তদুপযোগী চিকিৎসাও সেই সেই অধ্যায়ে লিখিত হইয়াছে।

সিষ্টিসার্কাই (Cysticerci)—কখন কখন ভিট্রিয়সে জন্মিতে দেখা যায়; এবং দৃষ্টির ব্যাঘাত ও পবিশেষে কোরইডাইটিস প্রভৃতি রোগ ঘটিয়া চক্ষু ধ্বংস হয় বলিয়া, উহাদিগকে নিষ্কাশিত করাই যুক্তিযুক্ত ভিট্রিয়সে সিউডো-গ্ল্যাওমা রোগও ঘটে।

ভিট্রিয়সে রক্তস্রাব।—মস্তকে আঘাত লাগিয়া অথবা সিলিয়ারি প্রোসেস, কোরইড ও রেটিনার রক্তশিরা হইতে হঠাৎ ভিট্রিয়স হিউমারে রক্তস্রাব হইলে, উহা দেখিতে ঠিক গোলাপীবর্ণের ন্যায় হয়। এই রক্ত অল্পে অল্পে শোষিত হয়, এবং শোষিত হইলে, ভিট্রিয়স পুনর্ব্বার সুস্থ হয়। কিন্তু এই রক্তস্রাব পুনঃ পুনঃ ঘটিতে পারে। আর রেটিনা বা কোরইডের যে স্থান হইতে রক্ত ক্ষরিত হয়, তৎস্থানে রক্তের চিহ্ন থাকে। কখন কখন অল্পাল্প রক্তকণা সকল কৃষ্ণবর্ণ মালনাকারে ভিট্রিয়সে ভাসমান থাকিয়া, রোগীর দৃষ্টির ব্যাঘাত ঘটায়। অতিরিক্ত রক্তস্রাব হইলে, চক্ষু বা দৃষ্টি প্রায়ই বিনষ্ট হইয়া যায়। ঐ রক্ত নিঃসৃত করিয়া ফেলিলেও তাহাতে চক্ষুর বিপদ ব্যতীত, কোন রূপ উপকার হয় না। সামান্যস্থলে, চক্ষুতে শীতল জলের পটি এবং আয়রণ, য়্যালম ও আর্গট মিক্শ্চার (১৯৫।১৯৬ ব্য প্রাতঃসন্ধ্যা সেবনে উপকার দর্শে। প্রয়োজন হইলে কোষ্ঠকারক-স্যালাইন ঔষধাদিও ব্যবস্থা করিতে হয়। যে সকল যুবা ব্যক্তির নাসিকাদি হইতে রক্ত পড়ে এবং কোষ্ঠবদ্ধ ও গেঁটে বাতাদি রোগ থাকে, তাহাদের রেটিনা হইতে কখন কখন স্বতঃ রক্তক্ষরণ হইয়া ভিট্রিয়সে পড়ে।

একাদশ অধ্যায়।

গ্লকোমা (Glaucoma)।

চক্ষুতে যত প্রকার ভয়াবহ পীড়া হইয়া থাকে, গ্লকোমা রোগ তন্মধ্যে একটী প্রধান। যখন উহা চক্ষুর অপর কোন রোগ প্রযুক্ত না হইয়া স্বতঃ উৎপন্ন হয়, তখন উহাকে আদিম (Primary) এবং অন্য রোগ প্রযুক্ত হইলে উহাকে গৌণ (Secondary) রোগ কহে। অচিকিৎসিত থাকিলে, এই রোগ নিয়ত প্রকুপিত হইতে থাকে এবং পরিশেষে রোগী এরূপ অন্ধ হয় যে, তখন কোন রূপ ঔষধ বা অস্ত্রসাধনে দৃষ্টি পুনঃপ্রাপ্ত হওয়া যায় না। আদিম রোগের গতি ও আক্রমণ নানাবিধ। উহা প্রবল আকারে ২৪ ঘণ্টার মধ্যেই এবং স্থায়ী রোগে কতিপয় বৎসর পরে দৃষ্টি বিনাশ করিতে পারে। কিন্তু, প্রথমাবস্থায় চিকিৎসা করিলে, এই রোগে বিনষ্ট দৃষ্টি পুনর্লাভ করিতে পারা যায় এবং চক্ষুও বিনষ্ট হয় না বলিয়া, এই রোগের গূঢ়তত্ত্ব প্রত্যেক চিকিৎসকেরই বিশেষরূপে অবগত হওয়া উচিত।

আদিম গ্লকোমা রোগের প্রকৃত প্রকৃতি ও কারণ অদ্যাপি অপরিজ্ঞাত থাকিলেও অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র আবিষ্কার হইবার পূর্ব্বে, এই রোগের উৎপত্তি ও চিকিৎসা বিষয়ে বিলক্ষণ মতভেদ ছিল এবং অসাধ্য রোগ বলিয়া চিকিৎসা উপেক্ষিত হইত। যাহাহউক, সিলিয়ারি বডির প্রদাহ প্রযুক্ত অতিরিক্ত রসস্রাবই হউক, আর আইরিসের পরিধিভাগে বর্দ্ধিত সিলিয়ারি বডির চাপ পড়িয়া লিম্ফ-প্রবাহের অবরোধ প্রযুক্তই হউক, অথবা লেন্স বৃহৎ হইয়া ভিট্রিয়স চেম্বার হইতে লিম্ফ-প্রবাহের বাধা ঘটিয়াই হউক, অথবা এই সমস্ত সমবেত ঘটনা প্রযুক্তই হউক, এই রোগে য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারের কোণবর্ত্তী অবয়বাদির সংপ্রাপ্তিগত অনেক পরিবর্ত্তন ঘটে। এস্থলে, তৎসমুদায় উপেক্ষিত হইয়া, লক্ষণ অনুসারে উহা তিনি ভাগে বিভক্ত হইয়া বর্ণিত হইতেছে।

১। প্রাদাহিক (প্রবল ও অপ্রবল) বা ইনফ্ল্যামেটারি।

২। সিম্পল (বাহ্যতঃ অপ্রাদাহিক) বা ক্রণিক।

৩। সেকেণ্ডারি ও কন্সিকিউটিভ (অন্য রোগজনিত)।

লক্ষণ।—অক্ষিগোলকের বিতানবৃদ্ধি, দৃষ্টিক্ষেত্রের হ্রাসতা, ক্রমশ দৃষ্টির অস্পষ্টতা, তারা বড় হওয়া এবং অপ্টিক ডিস্ক মৃণ্ময় মাল্সার খোলের ন্যায় গহ্বরিত হওয়া সকল প্রকার গ্লকোমা রোগেরই লক্ষণ। বেদনা, যন্ত্রণা এবং প্রাদাহিক আবক্তিমা প্রভৃতি সকল প্রকার গ্লকোমা রোগে না থাকিলেও অচিকিৎসিত থাকিলে, পরিণামে সকল প্রকার গ্লকোমা রোগেই চক্ষু অনপনেয়ভাবে অন্ধ হইয়া যায়। কিন্তু, উহাদের প্রত্যেকের প্রকোপ সময়ের লক্ষণাদি বিভিন্ন প্রকার। দৃষ্টিক্ষেত্র প্রায়তঃ নাসিকাদিকেই প্রথমে হ্রাস হয়। কখন কখন উহা সঙ্কুচিত এবং কখন কখন কোন দিকে এত রুদ্ধ হইয়া যায় যে, রোগী তদ্দিকে কিছুই দেখিতে পান না। চক্ষুর বিতানবৃদ্ধিতে য়্যাণ্টিরিয়ার চেম্বার প্রায়ই সঙ্কীর্ণ হইয়া যায়; এবং পরিশেষে কর্ণিয়া এত অসাড় হইয়া পড়ে যে, স্পর্শ করিলে অর্বিকিউলেবিজ সঙ্কুচিত হয় না এবং রোগীও অসুখ বোধ করেন না। প্রবল ও নাতি প্রবল স্থলে, দৃষ্টিপথের অস্বচ্ছতাও জন্মে। কর্ণিয়ার ঔজ্জ্বল্য বিনাশিত হইয়া উহা ধূম্রবর্ণ হয়। য়্যাকিউয়স আবিল ও কখন কখন রক্তকণাবিশিষ্ট এবং ভিট্রিয়সে মলিনতা দেখা যায়। অধিক দিনের পরে লেন্সে ক্যাটারাক্ট রোগ জন্মে।

চক্ষুর বিতান পরীক্ষা করিতে হইলে, রোগীকে সবলগ্রীবায় মেজের দিকে তাকাইয়া চক্ষু মুদিত করিতে হয়। এক্ষণে, মুদিত চক্ষুর উর্দ্ধপুটের উপর দুই হস্তের দুইটী তর্জ্জনী অঙ্গুলি দ্বারা পর্য্যায়ক্রমে চক্ষুতে মৃদু মৃদু চাপ দিতে থাকিলে, চক্ষু যে পরিমাণে প্রতিরোধ প্রদান করে, অর্থাৎ চক্ষু যদ্রূপ আঁটাল আঁটাল বোধ হয়, তাহাই চক্ষুর বিতান শব্দে ব্যক্ত হয়। উভয় চক্ষু এবং অন্য ব্যক্তির সুস্থ চক্ষুও এই সঙ্গে সঙ্গে পরীক্ষা করিতে হয়। সুস্থ চক্ষু নরম বোধ হয়; কিন্তু তলতলে বোধ হয় না। গ্লকোমা রোগে উহা কঠিন, কঠিনতর ও পরিশেষে প্রস্তরস্পর্শবৎ কঠিন বোধ হয়। ডাং ব্যোমান সাহেব + ও — এই দুই সাঙ্কেতিক চিহ্নের পর ১, ২ ও ৩ অঙ্ক লিখিয়া চক্ষুর ক্রম-বর্দ্ধমান ও ক্রম-হ্রসমান বিতান নির্দ্দেশ করেন। যথা, গ্লকোমা রোগে, বি + ৩। চক্ষু চুপসিয়া যাইলে, বি—৩।

যাহাহউক, বয়স, গঠন, ধাতু ও ক্ষুধার্ত্ততা অথবা তৃপ্তোদরতা প্রভৃতি দ্বারা চক্ষুর স্বাভাবিক বিতানেরও বিভিন্নতা ঘটে।

প্রৌঢাবস্থায় এই রোগ ঘটে; এবং ক্যাটারাক্ট রোগও এই রোগের সহানু-বর্ত্তী হইয়া থাকে। ৪০ বৎসর বয়সের পূর্ব্বে এই রোগ ঘটিলে অর্থাৎ যুবা ও বালকদিগের এই রোগ হইলে, তথায় অন্যান্য রোগও বিশেষতঃ মাইওপিয়া বর্ত্তমান থাকে। কিন্তু, অনেক সময়ে ইহার ব্যতিক্রমও ঘটে। ছানি তোলা চক্ষুতেও এই রোগ ঘটিয়া থাকে। পুরুষজাতি অপেক্ষা স্ত্রীজাতি সচরাচর আদিম রোগে বিশেষত প্রবল শ্রেণী ভোগ করে। ক্রণিক রোগ স্ত্রীলোক অপেক্ষা পুরুষের অধিক ঘটে স্ত্রীলোকদিগের ঋতুরোধের পরে, এবং বাত রোগে, পাকস্থলীর পীড়ায় এবং পুরুষেরা অর্শাদি রোগে, এই রোগ ভোগ করে।

কখন কখন দুর্ভাবনায় সতত বিমর্ষিত ব্যক্তি সহসা পুত্রকলত্র অথবা বিষয়বিভবাদির নাশ প্রভৃতি কোন দুঃসহ শোচনীয় ঘটনায়, অথবা কোন আকস্মিক বিভীষিকায় ব্যথিত হইয়া, এবং বোধ হয়, পূর্ব্ব হইতেই এই রোগপ্রবণ থাকিয়া, ও গেঁটে বাত বা পাকস্থলীর বিশৃঙ্খলা ভোগ করিয়া গ্লকোমা রোগ ভোগ করিয়াছে, ইহার ভূরিঃ ভূরিঃ প্রমাণ পাওয়া যায়। হৃদ্‌পিণ্ডের পীড়া, ব্রঙ্কাইটিস, স্নায়ুশূল, বাত বা পরিশ্রম প্রযুক্ত নিদ্রার অভাব, চাল্লিশে দোষ গ্রস্ত চক্ষুতে উপযুক্ত চসমা না পরিয়া অত্যন্ত চাক্ষুষ কার্য্য করা, ইন্দ্রিয়াসক্তি প্রভৃতি দুর্ব্বলকারক কার্য্য, চক্ষুতে আঘাত, অধিকক্ষণ অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রে চক্ষু পরীক্ষা করা, নিয়ত অধিক শীতল বায়ু সেবন, অধিক রৌদ্র ও বৃষ্টি ভোগ এবং চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন প্রয়োগ ইত্যাদিও এই রোগের কারণ হয়। এক চক্ষুতে আইরিডেক্টমী করিলে, অপর সুস্থ চক্ষুতেও কখন কখন এই রোগ হয়। শিশুপালনে নিদ্রার অভাবেও প্রসূতির এই রোগ ঘটে। গ্লকোমা রোগ, বিশেষতঃ প্রাদাহিক শ্রেণী প্রায়ই পৈত্রিক রোগ বলিয়া, সেই পরিবারের অন্যান্য বালকবালিকারও চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি এবং স্ক্লেরটিকের কাঠিন্যাদি লক্ষণ দেখিতে পাওয়া যায়।

এই রোগে দুইটী চক্ষুই যুগপৎ আক্রান্ত হইতে পারে। কিন্তু সচরাচর অগ্রে একটী পীড়িত হইয়া, অপরটীকে নিশ্চয়ই পীড়িত করে।

পূর্ব্বলক্ষণ।—গ্লকোমা রোগ সম্পূর্ণরূপে স্থায়ী হইবার পূর্ব্বে, কতকগুলি পূর্ব্বলক্ষণ অনুভব করা যায়। সেই সকল লক্ষণ সাময়িক মাত্র; অর্থাৎ স্থায়ী রোগে পরিণত হইবার পূর্ব্বে উহারা কখন প্রকাশিত হয়, কখন বা উহাদের কোন চিহ্নই থাকে না। এতন্মধ্যে—

১। চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি এবং তজ্জন্য সিলিয়ারি পেশীতে পক্ষাঘাত হইয়া, রোগীর বর্ত্তমান প্রেস্‌বাওপিয়া অর্থাৎ চাল্লিশে রোগ ক্রমশ বাড়িতে থাকে বলিয়া, ক্রমাগত চসমা-পরিবর্ত্তন আবশ্যক হয়। ২। সুস্থ চক্ষু অঙ্গুলি দ্বারা টিপিলে তৎপরেই কিয়ৎক্ষণ তাহাতে যদ্রূপ দৃষ্টির ব্যাঘাত হয়, তদ্রূপ কোন কোন সময়ে অর্থাৎ চাক্ষুষ কার্য্যান্তে (প্রাতঃকাল অপেক্ষা রাত্রিকালে অধিক) হঠাৎ কিয়ৎক্ষণের নিমিত্ত দৃষ্টি অল্প বা অধিক পরিমাণে ঝাপ্‌সা অর্থাৎ ধূম বা কুজ্‌ঝটিকাময় হইয়া যায়। ৩। সচরাচর রাত্রিকালে অর্থাৎ যখন চক্ষুর তারা প্রসারিত থাকে, তখন দীপশিখা বা অন্য কোন আলোকের চতুষ্পার্শ্বে আলোকছটা অথবা রামধনুর ন্যায় নানাবিধ বর্ণ লক্ষিত হয়। এই আলোক মণ্ডলের শেষ সীমা লাল এবং অন্তর্ব্বর্ত্তী সীমা নীলাভ সবুজ বর্ণ। ৪। ক্রমশ অস্পষ্টদৃষ্টি ও কিয়ৎক্ষণের জন্য সম্পূর্ণ অন্ধতা এবং ক্রমশ অক্ষিগোলকের কাঠিন্য ও সময়ে সময়ে সামান্য বেদনা ইত্যাদি এই রোগের পূর্ব্বলক্ষণ।

এই অবস্থায় অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা চক্ষু পরীক্ষা করিলে, রেটিনার শিরা সকল প্রসারিত এবং মন্থরগামী বলিয়া বোধ হয়। সমস্ত য্যাকিউয়স এবং ভিট্রিয়সের কিয়দংশ কিঞ্চিৎ ঘোলা হইয়া পড়ে। তারা কথঞ্চিৎ প্রসারিত ও সঙ্কোচন-প্রসারণে অক্ষম হয়, এবং কোন কোন স্থলে সিলিয়ারি নিউর্যালজিয়া অর্থাৎ ললাট, কপোল এবং নাসিকার পার্শ্বে বেদনাও এই রোগে লক্ষিত হইয়া থাকে। এই সকল লক্ষণের আধিক্য অনুসারে য্যাণ্টেরিয়ার চেম্বার খর্ব্ব, রেটিনার আর্টারির পল্‌স্‌ সঞ্চলন এবং সম্মুখদৃষ্টি ব্যতীত চক্ষুর অপাঙ্গদৃষ্টি অস্পষ্ট হইয়া থাকে। এই সকল লক্ষণ প্রথম প্রথম অধিক দিবস অন্তর, সামান্য বা অধিক পরিমাণে সমাগত হয়। পরে, ক্রমশ মাস, পক্ষ, অথবা সপ্তাহ অন্তর সমাগত হইতে থাকিয়া, একেবারে বদ্ধরোগে পরিণত হয়; এবং ক্রমশ অপ্টিক্ ডিস্ক মৃণ্ময় মালসার খোলের ন্যায় গহ্বরিত হইতে থাকে।

প্রবল প্রাদাহিক গ্লকোমা।—প্রথম প্রথম পূর্ব্বলক্ষণ সকল অল্প বা

অধিক পরিমাণে ক্রমশ ২।১ দিবস অন্তর অথবা প্রত্যহ সমাগত হইয়া, হঠাৎ কোন দিবসে, চক্ষু ভয়ানক প্রদাহে প্রদাহিত হইয়া পড়ে। এই প্রদাহে চক্ষুতে এবং চক্ষুর চতুষ্পার্শ্বে, ললাট, কপোল, অস্থি পর্য্যন্ত নাসিকা, তদ্দিকস্থ মস্তক এবং এমত কি, মস্তকের পশ্চাতে ওসিপট অস্থি পর্য্যন্ত ব্যাপিয়া, এত অধিক যাতনা হয় যে, তজ্জন্য রোগীকে ক্ষিপ্তপ্রায় করিয়া তুলে ও রাত্রিকালে নিদ্রার ভয়ানক বাধা প্রদান করে। মস্তকের পশ্চাতে বেদনা দেখিয়া, সচরাচর তাহা বাত রোগ বলিয়া ভ্রম হইতে পারে। এদিকে, এই যাতনার সঙ্গে সঙ্গে, শারীরিক বিশৃঙ্খলা, সজ্বরতা, অতিশয় বমনোদ্বেগ, এবং বমন হয় বলিয়া, রোগী ভয়ানক পৈত্তিকজ্বর ভোগ করিতেছি, এই ভ্রমে অনেক স্থলে, চক্ষুর পীড়ার প্রতি বিশেষ তাচ্ছীল্য করিয়া থাকেন। কিন্তু চক্ষু দেখিলে, চক্ষুর অভ্যন্তরস্থ প্রবল প্রদাহের লক্ষণ সকল স্পষ্ট প্রতীয়মান হয়। অক্ষিপুট স্ফীত এবং রক্তিম, কনজংটাইভার শিরাসকল রক্তবর্ণ এবং কখন কখন অতিশয় কিমোসিস যুক্ত হয়। চক্ষু হইতে পিচুটিহীন অশ্রু নিঃসৃত হয় এবং আলোক অসহ্য বোধ হয়। কর্ণিয়ার পশ্চাদ্ভাগে, য়্যাকিউয়সের দিকে বিন্দু বিন্দু অস্বচ্ছতা জন্মে। অক্ষিগোলক বিলক্ষণ কঠিন এবং কর্ণিয়া আংশিক স্পর্শজ্ঞান-রহিত হয়। এদিকে, অপ্রবল গ্লকোমা রোগে, কর্ণিয়ার এই স্পর্শজ্ঞান এত অধিক পরিমাণে বিনষ্ট হয় যে, উহাতে কোন তুলিকাদি বুলাইলেও স্পর্শজ্ঞান অনুভব হয় না। য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারের আয়তন এত খর্ব্ব হয় যে, আইরিস প্রায় কর্ণিয়া স্পর্শ করে। য়্যাকিউয়স আবিল এবং আইরিস বিবর্ণ ও কোন কোন স্থলে প্রদাহিত হয়। কোন কোন স্থলে, আইরিসের প্রান্তভাগে লিম্ফ যুক্ত হয়, এবং তারা প্রসারিত, সঙ্কোচন-প্রসারণাক্ষম এবং প্রৌঢ় ব্যক্তিদিগের পক্ষে, উহা সবুজবর্ণ আভা প্রদান করে। পূর্ব্বে এই সবুজ বর্ণই গ্লকোমা রোগের প্রধান লক্ষণ বলিয়া অনুমিত হইত। চত্বারিংশৎ বর্ষের পরে, লেন্সের স্বভাবত ঈষৎ পীতবর্ণত্ব একটী প্রধান পরিবর্ত্তন। অপিচ, এই প্রৌঢ় ব্যক্তিরাই সাধারণত গ্লকোমা রোগগ্রস্ত হইয়া থাকে; এবং এই গ্লকোমা রোগে য়্যাকিউয়স হিউমার ঘোলা ও মলিন নীলাভ-পাংশু-বর্ণ ধারণ করে বলিয়া, লেন্সের পীত ও য়্যাকিউয়সের নীল বর্ণে তারার বর্ণ সবুজ হইয়া থাকে।

এই রোগে দৃষ্টি ক্রমশ অধিক অস্পষ্ট অথবা সহসা ২৪ ঘণ্টার মধ্যেই এত বিনষ্ট হয় যে, তখন রোগী কেবল অন্ধকার হইতে আলোকের প্রভেদমাত্র অনুভব করিতে পারে (Glaucoma Fulminans)। এরূপ স্থলে চক্ষুর শ্বেতক্ষেত্র মোমের ন্যায় মলিন বর্ণ ধারণ করে। অনেক স্থলে, রোগী উজ্জ্বল তারকাবৃষ্টি ও আলোক-স্ফুলিঙ্গাদি কাল্পনিক আলোক দেখিয়া থাকে; এবং দীপালোক ও গ্যাসের আলোকের চতুষ্পার্শ্বে উজ্জ্বল আলোকছটা অথবা রামধনুর ন্যায় বিভিন্ন বর্ণ দেখিতে পায়। তাহার প্রসারণ এবং শিরা সকলের শোণিতাধিক্যই এই সকলের কারণ; এবং তজ্জন্য রাত্রিকালেই ঐ সকল উপলক্ষিত হইয়া থাকে। আমরা স্বাভাবিক অবস্থাতেও দীর্ঘকাল অধোমুখে থাকিয়া, শিরাসকলের শোণিতাধিক্য ঘটাইয়া এই সকল লক্ষ্য করিতে পারি।

যদি কর্ণিয়া, য্যাকিউয়স্, লেন্স ও ভিট্রিয়স প্রভৃতি দৃষ্টিপথবর্ত্তী অবয়ব সকল স্বচ্ছ ও তারা লিম্ফ দ্বারা অনবরুদ্ধ থাকে, তবে অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিলে, রেটিনার আর্টারির পল্সেশন এবং মালসার খোলের ন্যায় অপ্‌টিক ডিস্কের গহ্বর দেখিতে পাওয়া যায়। এই পল্সেশন স্বতঃ অথবা অক্ষিগোলকে কিঞ্চিৎ চাপ দিলে উৎপন্ন হয়। রেটিনার শিরা সকল প্রসারিত এবং মন্থরগামী বলিয়া বোধ হয়। অক্ষিগোলকের বিতানবৃদ্ধি দীর্ঘকাল স্থায়ী না থাকিলে, অপ্টিক ডিস্কের এই গহ্বর দেখিতে পাওয়া যায় না। তবে, তখন উক্ত স্থান কেবল কিঞ্চিৎ আবক্রিম, মলিন ও পীতবর্ণ দেখায় মাত্র। আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধনের পর চক্ষু পরীক্ষা করিলে, রেটিনা এবং কোরইডে রক্তস্রাবের চিহ্ন দেখিতে পাওয়া যায়। ডিস্ক স্বাভাবিক অবস্থার ন্যায় কিয়দংশে শরার মত ঢালুভাবে গহ্বরিত না হইয়া, সমুদয় অংশে চতুর্দ্দিকে ঠিক মালসার ন্যায় হঠাৎ উৎখাতভাবে গভীর গহ্বরিত হয়। সুতরাং এই গহ্বরের পার্শ্বদেশস্থ শিরাসকল দৃষ্টিগোচর হইতে পারে না। এই গহ্বরের চতুষ্পার্শ্বে একটী ফিকা বর্ণের মণ্ডল দ্বারা বেষ্টিত হয়। কোরইড চুপসিয়া তন্মধ্য দিয়া স্ক্লেরটিক দেখিতে পাওয়াই এই মণ্ডলের কারণ। কখন কখন এই প্রদাহ নাতিপ্রবলভাবে উপস্থিত হয়, এবং কখন বা রেটিনায় রক্তস্রাব হয়।

ক্রমে, প্রদাহ তিরোহিত হইতে পারে; কিন্তু চক্ষু অন্ধ থাকে। প্রবল

প্রদাহ স্বতঃ অথবা প্রদাহনিবারক প্রক্রিয়া, পারদৌষধ, এসারীন, আফিঙ্গ, জোঁক ও মাফিয়ার ত্বগধঃ পিচকারি প্রভৃতি দ্বারা তিরোহিত হইলে চক্ষুর দৃষ্টি কিছু দিনের নিমিত্ত পুনরাগমন করিতে পারে। কিন্তু, চক্ষু প্রকৃত অবস্থায় পরিণত হয় না। আইরিস বিবর্ণ, য্যান্টেরিয়ার চেম্বার সঙ্কীর্ণ, তারা প্রসারিত ও অক্ষম, অক্ষিগোলকের বিতানবৃদ্ধি ইত্যাদি বর্ত্তমান থাকে; এবং প্রকাশ্য অথবা অপ্রকাশ্য ভাবে পুনঃ পুনঃ প্রদাহ উপস্থিত হইয়া, পরিশেষে চক্ষুকে জন্মের মত অন্ধ করিয়া তুলে। এবম্বিধ স্থলে, আইরিডেক্টমী অথবা স্ক্লেরটমী অস্ত্রসাধনে পুনর্দৃষ্টি সাধিত হওয়া অতি দুরূহ এরূপ স্থলে, লেন্স সচরাচর অস্বচ্ছ হয়, কিন্তু তাহা গ্লকোমা-রোগজ্ঞাপক সবুজবর্ণ বলিয়া বোধ হয়। কোন কোন স্থলে আইরিস, কোরইড ও অপ্টিক নার্ভ চুপসিয়া যায়; এবং কোন কোন স্থলে, প্রবল যন্ত্রণা এবং হিউমারদ্বয়ে শোণিতস্রাব, এমত কি পূয জন্মিয়া অক্ষিগোলক চুপসিয়া যায়।

নাতিপ্রবল স্থল অনেকাংশে প্রবল স্থলেরই ন্যায়। তবে, পূর্ব্বলক্ষণ *সকল অধিক দিন স্থায়ী থাকে এবং লক্ষণাদি নাতিপ্রবলভাবে প্রকাশিত হয়।* কর্ণিয়ার চতুষ্পার্শ্বস্থ স্ক্লেরটিকের আরক্তিমতা ও তারার সঙ্কোচন-প্রসারণে অক্ষমতা দেখিয়া এই রোগকে আইরাইটিস বলিয়া ভ্রম হয় এবং সেই ভ্রমে ভয়ানক অপকার দর্শে। কারণ য্যাট্রোপীন আইরাইটিস রোগে মহোপকারক; কিন্তু উহা এই আদিম গ্লকোমা রোগে মহাপকারক।

ক্রণিক গ্লকোমা।—এই রোগে ঝাপসা দৃষ্টির সহিত পূর্ব্বলক্ষণ সকল অপ্রকাশ্যভাবে পুনঃ পুনঃ উপস্থিত হইতে থাকে। লক্ষণের উদয় কাল দীর্ঘ; কিন্তু অবসর কাল অল্প। এই অবসর কালে দৃষ্টি আবার বিলক্ষণ পরিষ্কার হয়। কঞ্জংটাইভার তলবর্ত্তী টিসু সকল চুপসিয়া যায় বলিয়া স্ক্লেরটিকের বর্ণ ঠিক মোমের বর্ণের ন্যায় মলিন হয়। প্রবল ও এই অপ্রবল প্রদাহের পার্থক্য এই যে, ইহাতে পুনঃ পুনঃ প্রদাহে চক্ষু একেবারে অন্ধ হইয়া যাইতে পারে, অথচ ইহাতে গুরুতর প্রদাহ অথবা যন্ত্রণার কোন লক্ষণ প্রকাশমান হয় না। অপিচ, প্রথম বার প্রবল প্রদাহ হইয়া, পরবর্ত্তী আক্রমণ সকল প্রবলভাবে না হইয়া স্থায়ী ও অপ্রবলভাবে হইতে পারে; অথবা স্থায়ী প্রদাহও প্রবল প্রদাহে পরিণত হইয়া থাকে।

গ্লকোমা সিম্প্লেক্স।—এই রোগ অতি অপ্রকাশভাবে আগমন করিতে থাকে। ইহাতে গ্লকোমার পূর্ব্বলক্ষণ প্রায়ই লক্ষিত হয় না। কেবল চক্ষুর দূরদৃষ্টি ক্রমশ বিনষ্ট হয়। প্রদাহের লক্ষণাদি প্রায়ই থাকে না, তবে দীপালোকের চতুষ্পার্শ্বে রামধনুর বর্ণাদি অনুভূত হয়।

চক্ষু বাহ্যতঃ বিলক্ষণ সুস্থ বোধ হয়। কিন্তু চক্ষুর বিতানবৃদ্ধিতে অক্ষিগোলক সময়ে সময়ে প্রস্তরস্পর্শবৎ বিলক্ষণ কঠিন হইতে থাকে; এবং অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিলে, গ্লকোমা রোগজ্ঞাপক অপটিক্ ডিস্কের গহ্বর দৃষ্টিগোচর হয়। পরে, ক্রমে রোগের বৃদ্ধি হইতে থাকে। কর্ণিয়া স্পর্শজ্ঞান-রহিত হয়; তারা প্রসারিত ও অক্ষম, য়্যান্টেরিয়ার চেম্বার সঙ্কীর্ণ, রেটিনার ধমনী সকল সঙ্কীর্ণ, দৃষ্টিক্ষেত্র সঙ্কুচিত এবং পরিশেষে দৃষ্টিনাশ প্রভৃতি ঘটে। অনেকস্থলে, প্রদাহের লক্ষণ সকল অল্পে অল্পে দেখা দেয়; এবং প্রবল অথবা স্থায়ী প্রদাহের সমস্ত লক্ষণ ব্যক্ত করে। এই রোগ এত অপ্রকাশভাবে স্থায়ী হইতে থাকে যে, অনেকস্থলে, একটী চক্ষু সুস্থ থাকায়, অপরটীর দৃষ্টিনাশ অনুভব হয় না। পরিশেষে, ঘটনাক্রমে কোন্ দিবস সুস্থ চক্ষু মুদিত করিলে, রোগী পীড়িত চক্ষুর দৃষ্টিনাশ সম্বন্ধে বিলক্ষণ ভীত হয়। এরূপ স্থলে, রোগী ইতিপূর্ব্বে উক্ত চক্ষুতে সাময়িক বেদনা ও অশ্রুনিঃসরণ ব্যতীত অন্য কোন ঘটনা ভোগ করে নাই; এবং তৎসময়ে উহা সামান্য সর্দ্দি মনে করিয়া, উপেক্ষা করিয়াছিল। যাহাহউক, সাধারণতঃ উভয় চক্ষুই এই রোগে যুগপৎ আক্রান্ত হইয়া থাকে; এবং অস্ত্রসাধনেও এই রোগ আরোগ্য হয় না।

সেকেণ্ডারি গ্লকোমা।—প্রকোপ সময়ে, ডিফিউজ কর্ণিয়াইটিস, কর্ণিয়ার বিবিদ্ধ ক্ষত (যাহা দিয়া আইরিস বহিঃসৃত হইয়াছে), পোষ্টেরিয়ার ও য়্যান্টেরিয়ার ষ্ট্যাফিলোমা, পোষ্টেরিয়ার সাইনেকিয়া, আঘাতজনিত ও সময়ে সময়ে বার্দ্ধক্যজনিত ক্যাটারাক্ট, লেন্সের স্থানান্তরতা, আইরাইটিস, আইরিডো-কোরইডাইটিস, সিম্প্যাথেটিক অপথ্যালমিয়া, অক্ষিগোলকের টিউমার, রেটিনার রক্তস্রাব এবং শিরঃপীড়াজনিত অন্ধরোগ (Amaurosis) প্রভৃতি অনেকানেক রোগ এবম্বিধ গ্লকোমা রোগে জটিল হইয়া থাকে বলিয়া, ইহাকে কন্সিকিউটিভ বা আনুষঙ্গিক গ্লকোমা রোগ কহে।

যে কারণে চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি হইয়া থাকে, তাহা অপনয়নযোগ্য হইলে, সর্ব্বাগ্রে অপনীত করিয়া, প্রদাহের কারণ দূরীকৃত করা উচিত। লেন্স স্থানান্তরিত ও আইরিসে লেন্সকণাদি লগ্ন থাকিলে, লেন্স নিষ্কাশিত করিতে হয়। কর্ণিয়া ও আইরিসের প্রদাহাদিস্থলে, আইরিডেক্টমী ও কর্ণিয়া ছিদ্রী-করণ প্রভৃতি অস্ত্রসাধন, অথবা যে যে রোগে চক্ষু নিষ্কাশন করিতে হয় তাহা তত্তৎ রোগে লিখিত হইয়াছে। যাহাহউক বার্দ্ধক্যজনিত ক্যাটারাক্ট রোগে, অগ্রে আইরিডেক্টমী, পরে চক্ষু বিলক্ষণ সুস্থ হইলে, লেন্স নিষ্কাশন করা উচিত।

চিকিৎসা।—লক্ষণাদি বিলক্ষণ স্থায়ী হইলে রক্তস্রাবী স্থল ব্যতীত সকল প্রকার গ্লকোমা রোগেই কতিপয় ঘণ্টার মধ্যে বার কতক এসারীন অথবা পাইলো-কার্পাইন (২ গ্রেণ, জল ১ ঔন্স) চক্ষুতে পাতিত করিয়া আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন (২২২ পৃষ্ঠা দেখ) করিতে হয় ইহাতে বেদনা ও বিতানবৃদ্ধি নিবৃত্তি পায় এবং বিনষ্ট দৃষ্টিও পুনঃপ্রাপ্ত হওয়া যায়। কিন্তু লক্ষণাদি অপ্রবল ও অস্থায়ী থাকিলে, য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বার সঙ্কীর্ণ হইলে এবং বিলক্ষণ হাইপার-মিট্রোপিয়া থাকিলে, আইরিডেক্টমী না করিয়া সপ্তাহে দুই বা তদধিক বার চক্ষুতে কেবল এসারীন বা পাইলোকার্পাইন ব্যবহার করাই শ্রেয়ঃ এই সময়ে সর্ব্বদা উপযুক্ত চসমা ধারণ করিতে হয় এবং যখন যখন দৃষ্টি ঝাপ্সা হয় ও আলোকের পার্শ্বে রঞ্জিত মণ্ডলাদি দেখা যায়, তখন তখন চক্ষুতে অতি ক্ষীণ এসারীন লোশন (১ গ্রেণ, জল ১ ঔন্স) পাতিত করিলে, এই রোগের বৃদ্ধি স্থগিত থাকে। পোষ্টেরিয়ার ষ্ট্যাফিলোমা যুক্ত গ্লকোমা রোগেও এই চিকিৎসা। ক্রণিক বা সিম্পল গ্লকোমা রোগে চক্ষুতে এসারীণই দেও, চসমা পরিধানই কর, অথবা আইরিডেক্টমীই কর, কিছুতেই রোগের প্রকোপ স্থগিত থাকে না। রোগী অন্ধ হয়। তবে অতি প্রথমাবস্থায় এসারীণ প্রয়োগ ও চসমা পরিধানে কিঞ্চিৎ উপকার এবং আইরিডেক্টমীতে সমূহ বিপদ সম্ভব। আইরিডেক্টমী করিলে, আইরিসের কোন অংশ বিদারণে যুক্ত হইয়া অন্য চক্ষুতেও প্রদাহ উপস্থিত করায়। তদ্ব্যতীত এক চক্ষুতে আইরিডেক্টমী হইলে, অন্য চক্ষুতেও শীঘ্র গ্লকোমা জন্মে। এই নিমিত্ত আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধনের পর হইতেই সুস্থ চক্ষুটীতে এসারীণ প্রয়োগ

করিতে হয়। এসারীণ প্রয়োগে কখন কখন সিলিয়ারি বডি প্রদাহিত হইয়া থাকে। সুতরাং কতিপয় ঘণ্টা ব্যবহারের পরে উহার কার্য্যকারিতা দেখিয়া পুনর্ব্যবহার করিতে হয়। উহাতে বেদনা নিবৃত্তি না হইলে, উহা পরিত্যাগ করাই উচিত; এবং জোঁক, চক্ষুতে সেঁক, স্যালাইন ঔষধে জোলাপ লওয়া উষ্ণ জলে পদদ্বয় নিমজ্জিত রাখা এবং যে সকল ঔষধ ও প্রক্রিয়ায় শরীরে ঘর্ম্ম হয় তাহাতে বেদনারও নিবৃত্তি পায়।

এই রোগে দৃষ্টি একেবারে বিনষ্ট হইলে এবং চক্ষুতে যাতনাদি থাকিলে, অথবা পুনঃ পুনঃ প্রদাহ ঘটিতে থাকিলে, সুস্থ চক্ষুর আশায় সেই বিনষ্ট চক্ষুটী উৎপাটিত করাই বৈধ। এরূপস্থলে, আইরিডেক্টমী করিলে কোন ফলই দর্শে না। রক্তস্রাবী গ্লকোমা রোগেও আইরিডেক্টমী করা কোনমতেই উচিত নহে। সম্পূর্ণ গ্লকোমা রোগেরও এই ব্যবস্থা। এরূপস্থলে, অন্য চক্ষুটী ভাল রাখিবার আশায় পীড়িত চক্ষুটী উৎপাটিত করাই শ্রেয়ঃ।

প্রবল অথবা নাতিপ্রবল স্থূলাপেক্ষা অপ্রদাহিক গ্লকোমা রোগে অর্থাৎ যেখানে য্যাণ্টেরিয়ার চেম্বার তত সঙ্কীর্ণ হয় নাই, কঞ্জংটাইভা তত আরক্তিম ও কিমোসিস যুক্ত এবং কর্ণিয়া মলিন বা আইরিস প্রদাহিত হয় নাই, তথায় আইরিডেক্টমী করা সহজ। প্রবল অথবা নাতিপ্রবল যেরূপ অবস্থাই হউক না কেন, রোগের অতি প্রারম্ভাবস্থাতেই অস্ত্র করিলে, শীঘ্র ও স্থায়ী উপকার পাওয়া যায়। প্রবল গ্লকোমা রোগে অস্ত্র করিতে বিলম্ব করিলে, চক্ষু ২৪ ঘণ্টার মধ্যেই এরূপ সম্পূর্ণ অন্ধ হইয়া পড়ে (Glaucoma Fulminans) যে, তৎপরে অস্ত্রাদি করিলে উহাতে কষ্ট ব্যতীত কোন উপকারই হয় না। কোন কারণে অস্ত্র করিতে অল্পদিবস বিলম্ব হইলে, তৎসময়ে প্রতিঘণ্টায় চক্ষুতে এসারীন লোশন প্রদান করিয়া রগে জোঁক ও উষ্ণ সেঁকাদি লাগাইতে হয়।

অতিবৃদ্ধ ব্যক্তিদিগের পক্ষে, এই রোগে অস্ত্রকরা বৈধ নহে। তাঁহাদের জীবনান্ত পর্য্যন্ত এসারীন প্রয়োগ করিতে থাকিলে কৈন্দ্রিক দৃষ্টি থাকে।

গ্লকোমা রোগে বিশেষতঃ চক্ষুতে কিঞ্চিন্মাত্র বিতানবৃদ্ধি থাকিলেই য্যাট্রোপীন অথবা কোকেন প্রভৃতি তারাপ্রসারক কোন ঔষধই প্রয়োগ করা কোনমতেই বৈধ নহে। করিলে চক্ষুর বিতান আরো বৃদ্ধি পাইয়া চক্ষু

প্রবল গ্লকোমা রোগাক্রান্ত হইয়া পড়ে সাধারণ দৃষ্টি থাকিতে থাকিতে এই রোগে চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন ব্যবহার করিলে, ২।৩ ঘণ্টার মধ্যেই রোগী চক্ষুর যাতনা ও বিতানবৃদ্ধির টন টনানিতে অস্থির হইয়া ৩।৪ দিনের মধ্যেই অন্ধ হইয়া পড়েন। এরূপ ঘটিলে, তৎক্ষণাৎ আইরিডেক্টমী করাই উচিত। মহাহউক, এই রোগে আইরিডেক্টমী করিবার নিমিত্ত চক্ষু কোকেন দিয়া অসাড় না করিয়া ক্লোরোফর্ম্ম ব্যবহার করা উচিত। কিন্তু, কেহ কেহ এসারীনের সহিত এই রোগে কোকেন ব্যবহার করেন এবং বলেন যে, তাহাতে এসারীনের ক্ষমতা বৃদ্ধি পায়।

ক্রণিক গ্লকোমা রোগে প্রত্যহ ২ বার চক্ষুতে এসারীন প্রয়োগের সঙ্গে সঙ্গে প্রত্যহ অনধিক ৩ মাত্রায় ক্রোটন-ক্লোরাল পিল বা মিকশ্চার (১৯২ ব্য) সেবন করিলে যথায় দৃষ্টিক্ষেত্র সম্পূর্ণ থাকে এবং রেটিনা ও অপ্টিক নার্ভের য়্যাট্রোফি ঘটে নাই, তথায় বিশেষ উপকার দর্শে। পর্য্যায়ক গ্লকোমা রোগে, যখন গ্লকোমা রোগের পূর্ব্বলক্ষণাদি ভাল থাকে না এবং লক্ষণাদি অনেক দিন অন্তর অন্তর উপস্থিত হয়, তথায় এসারীন প্রয়োগের সঙ্গে সঙ্গে অর্দ্ধ হইতে এক ড্রাম মাত্রায় সকস কোনাই-এর সঙ্গে সঙ্গে এক ড্রাম মাত্রায় টিং ইয়েলো সিঙ্কোনা প্রত্যহ ২।৩ বার সেবন করিলে উপকার দর্শে।

গ্লকোমা রোগে আইরিডেক্টমী করা অনেকানেক স্থলে বিপদাবহ বলিয়া কেহ কেহ প্যারাসেণ্টিসিস অথবা স্ক্লেরটমী অস্ত্রসাধন করিয়া থাকেন। কিন্তু তাহাতেও অত্যল্প স্থল ব্যতীত, এই রোগ স্থগিত থাকে না বলিয়া, অনেকে উহাদের পক্ষপাতী নহেন। নিম্নলিখিত উপায়ে স্ক্লেরটমী অস্ত্রসাধন করিতে হয়।

স্ক্লেরটমী অস্ত্রসাধন (Sclerotomy)।—এই অস্ত্রসাধনে অক্ষিপুট বিস্ফারিত ও অক্ষিগোলক স্থির রাখিয়া, ছানি তুলিবার অস্ত্রসাধনের ন্যায়, কর্ণিয়ার অব্যবহিত স্ক্লেরটিকে, ভন গ্রেফির সঙ্কীর্ণফলক ক্যাটারাক্ট ছুরিকা প্রবেশিত করিয়া, কর্ণ ও নাসিকা উভয় দিকে স্ক্লেরটিককে এফোঁড় ওফোঁড় বিভেদিত করিতে হয়। তৎপরে, ছুরিকাখানি করাতের ন্যায় ২।৩ বার এদিক ওদিক টানিলে, নাসিকা ও কর্ণ চক্ষুর উভয়দিকস্থ প্রায় ½ ইঞ্চি পরিমিত স্ক্লেরটিক বিভেদিত হয়। এই অস্ত্রসাধনের অগ্রে, চক্ষুতে এসারীণ বা পাইলো-কার্পাইন সলিউশন (৪৯, ৫০ ব্য) ব্যবহার করা উচিত।

এই রোগে আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন করিতে নিম্নলিখিত কয়েকটী বিষয়ে মনোনিবেশ করিতে হয়।

১। আইরিডেক্টমী স্ক্লেরটিকে করাই উচিত এবং তাহাই এই অস্ত্রসাধনের প্রধান উদ্দেশ্য।

২। বিদারণ এরূপ বড় হওয়া উচিত, যাহার মধ্য দিয়া প্রায় ⅙ অংশ আইরিস বাহিরে আসিতে পারে। আইরিসকে টানিয়া সিলিয়ারি সংযোগ পর্য্যন্ত বহির্গত করিতে হয় এবং দুই বারে দ্বিখণ্ড করিতে হয়।

৩। আইরিডেক্টমী করিয়াও যদি সেই চক্ষুতে পুনরায় গ্লকোমা হয়, তবে অন্য পার্শ্বে পুনর্ব্বার আইরিডেক্টমী করা শ্রেয়ঃ।

৪। আইরিডেক্টমী করিয়াও যদি সেই চক্ষুতে পুনরায় গ্লকোমা হয় এবং লেন্সে ক্যাটারাক্ট থাকে এবং দৃষ্টিজ্ঞানও কিঞ্চিৎ থাকে, তবে তথায় লেন্স নিষ্কাশন করিয়া দেখা উচিত, কিন্তু তত শুভজনক হয় না।

৫। ক্রমবর্দ্ধমাণ অপক্ক ক্যাটারাক্ট রোগের সহিত গ্লকোমা রোগে বৃহৎ আইরিডেক্টমী করাই উচিত এবং লেন্সকেও নিষ্কাশিত করিতে হয়।

পরবর্ত্তী চিকিৎসা।—গ্লকোমা রোগ উপশমার্থে আইরিডেক্টমী বা স্ক্লেরটমী অস্ত্রসাধনের পরবর্ত্তী চিকিৎসা অতি সহজ। আইরিডেক্টমীর পরে পাতা মুদিয়া তদুপরি এক টুকরা ভিজা লিণ্ট রাখিয়া শিথিলভাবে ব্যাণ্ডেজ বাঁধিতে হয়। কিন্তু, স্ক্লেরটমীর পরে ব্যাণ্ডেজ বাঁধিতে হয় না; রঙ্গিন পর্দ্দা লাগাইতে হয় মাত্র। ২য় অথবা ৩য় দিবস হইতে চক্ষুতে আবার এসারীন দিতে হয়। বলকর ঔষধাদির ব্যবস্থা দিয়া অতিরিক্ত আহার ও মদ্যপানাদি হইতে রোগীকে নিরস্ত রাখিতে হয়। গেঁটে বাতাদি শারীরিক বিশৃঙ্খলার চিকিৎসাও করিতে হয়। প্রথম ৮।১০ দিন রোগী অন্ধকার গৃহে আপন শয্যায় থাকিয়া পরে ঘোর আকাশ বর্ণের চশমা ধারণ করিয়া অল্পালে দর্শন ও পরিশ্রমাদি করিতে অভ্যাস করিবেন। এই রোগে অতিরিক্ত চাক্ষুষ কার্য্য বিশেষতঃ উজ্জ্বল আলোকের সম্মুখে অবনত মস্তকে লিখনপঠনাদি সূক্ষ্ম কার্য্যে চক্ষুকে ক্লান্ত করা কোনমতেই বৈধ নহে। মানসিক শান্তি এবং গাঢ় নিদ্রারও প্রয়োজন হয়। রোগী হৃষ্ট পুষ্ট না হইলে, যথেষ্ট আহারেরও প্রয়োজন হইয়া থাকে; এবং হৃষ্টপুষ্ট রোগীর পক্ষে, স্যালাইন ঔষধের জোলাপ এবং উপবাসাদিরও প্রয়োজন হয়। রোগ আরোগ্য হইলে, অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা চক্ষুকে আর পরীক্ষা করা উচিত নহে।

দ্বাদশ অধ্যায়।

রেটিনার রোগ।

এনাটমী।—চক্ষুর অন্তর্ভূত তৃতীয় স্তর বা পটলের নাম রেটিনা। উহা সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম স্নায়ুসূত্র এবং কোষ দ্বারা নির্ম্মিত মেম্ব্রেণ মাত্র। বাহ্য জগতের যে দৃশ্য উহাতে পড়ে, তাহা অপ্টিক নার্ভ দিয়া উহা মস্তিষ্কে পাঠাইয়া অনুভব করাইয়া দিতে পারে। উহা বহির্দ্দিকে কোরইডের সহিত গাঢ়লগ্ন এবং সিলিয়ারি প্রোসেস হইতে চক্ষুর গর্ত্তের সমস্ত পশ্চাদংশে ব্যাপিয়া আছে। এই সিলিয়ারি প্রান্তে রেটিনার স্নায়ুনির্ম্মাণ অনবরতঃ বক্রাকারে সমাপ্ত হয়; এবং সেই সমাপ্তির নাম ওরাসিরেটা। উহাই রেটিনার সম্মুখাংশ; অর্থাৎ *রেটিনার ইপিথিলিয়াল বিভাগ সিলিয়ারি বডির* অন্তর্ভূত হইবে বলিয়া আইরিসের পশ্চাদ্দেশ পর্য্যন্ত উহাই অগ্রসর হইয়াছে।

রেটিনায় বাহ্য হইতে অন্তর্দ্দিকে এই কয়েকটী স্তর দেখা যায়। ১। পিগ্‌মেণ্ট যুক্ত ইপিথিলিয়ম। ২। রড এবং কোণ সকলের স্তর। ৩। লিমিট্যান্স এক্‌ষ্টার্ণা। ৪। বাহ্য নিউক্লিয়ার। ৫। বাহ্য মোলিকিউলার। ৬। আভ্যন্তরীণ নিউক্লিয়ার। ৭। আভ্যন্তরীণ মোলিকিউলার। ৮। গ্যাংলিয়ন স্তর। ৯। স্নায়ুসূত্র স্তর। ১০। মেম্ব্রেণা লিমিট্যান্স একষ্টানা।

ব্যাসরেখাক্রমে যাইলে, চক্ষুগর্ত্তের ঠিক মধ্যস্থলে অপ্টিক প্যাপিলার কিঞ্চিৎ কর্ণ দিকে ম্যাকিউলা লুটিয়ার অবস্থান। যন্ত্র দ্বারা দেখিলে, উহা চক্ষুগর্ত্তের অন্যান্য অংশাপেক্ষা ক্রমশ মলিনতর দেখায়। উহার আয়তন ডিস্কের ন্যায় এবং উহার মধ্যস্থান কিঞ্চিৎ টোল খাওয়া। এই টোল খাওয়া স্থানের নাম ফোভিয়া সেণ্ট্রেলিস। ম্যাকিউলাতেই তীক্ষ্ণ দৃষ্টি ঘটে। এই স্থানে রেটিনার রড সকল নাই, কিন্তু বহুসংখ্যক বৃহৎ বৃহৎ কোণ সকল আছে। সুস্থাবস্থায় উহা মলিন লোহিতবর্ণ, কিন্তু মৃতশরীর ব্যবচ্ছেদে উহা পীতবর্ণ বলিয়া বোধ হয়। এই স্ফীত স্থানের উপর দিয়া রেটিনার বৃহৎ বৃহৎ

রক্তশিরা সকল গমন করে না—উহার উর্দ্ধ ও নিম্ন দিয়া গমন করে। সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম শিরা সকল প্যাপিলা হইতে উহাতে আইসে এবং কৈশিক গুচ্ছে ফোভিয়ার প্রান্তে সমাপ্ত হয়; সুতরাং ফোভিয়ায় আদৌ কোন প্রকার রক্ত-শিরাদি নাই। আইরিসের ন্যায় রেটিনার শিরা সকলও লিম্ফ স্থানে আবৃত। বৃহৎ বৃহৎ আর্টারি ও ভেইন সকল রেটিনার স্নায়ুসূত্র স্তরে থাকে।

ফিজিওলজি।—রেটিনার রড্‌স এবং কোণ্‌স গুলিকেই অপ্টিক নার্ভের শেষাংশ বলা যায়। রেটিনায় যে আলোক পড়ে, সেই আলোক গ্রহণ করা এবং স্বেচ্ছাভূত করিয়া তাহার স্রোত ক্রমে রেটিনার স্নায়ুসূত্র, অপ্টিক নার্ভ ও অপ্টিক ট্রাক্ট দিয়া মস্তিষ্কে পাঠানই উহাদের কার্য্য। আলোক মস্তিষ্কে যাইলে যে ফল হয়, তাহাকে আমরা মনে মনে আলোকজ্ঞান বলিয়া অনুমান করি; মস্তিষ্কের যে যন্ত্রের সহিত উহাদের সংস্রব, তাহা আলোকজ্ঞান ভিন্ন অন্যান্য জ্ঞানও মনে সঞ্চারিত করিতে পারে; এবং সেই সকল জ্ঞান যে যে উপায়ে ও যে রূপে আইসে তাহাও জানাইতে পারে।

যাহাহউক, কিরূপে রেটিনা আলোকোত্তেজিত হয়, তাহা অদ্যাপি অপরি-জ্ঞাত আছে। কিন্তু, কোন প্রাণীকে অন্ধকারে হত্যা করিলে, রেটিনা ধূমল বর্ণের (purple) হয়; এবং তাহা আলোকস্পর্শেই পরক্ষণে অন্যবর্ণের হইয়া পড়ে আর যদি কোন প্রাণী হত হয়, তবে তৎক্ষণাৎ রেটিনায় হত্যা-কারীর প্রতিমূর্ত্তি পড়ে; এবং য়্যালম লোশনে স্থাপিত হইলে, ঐ মূর্ত্তি রেটিনায় সুস্পষ্ট দেখা যায়।

রেটিনার প্রত্যেক স্থানই দৃষ্টিক্ষেত্রের প্রত্যেক স্থান হইতে পৃথক্ পৃথক্ আলোক গ্রহণ করে। এই নিমিত্তই আমরা দৃশ্য পদার্থের অবস্থান অনুমান করি। কিন্তু, দৃশ্য পদার্থের আকৃতি, দূরতা, স্থূলতা প্রভৃতি জ্ঞানে আমরা অজ্ঞাতসারে ক্রম-অভ্যাসে অভ্যস্ত হইয়া থাকি।

ইয়েলো স্পট প্রদেশে বিশেষতঃ উহার ফোভিয়া সেণ্ট্রেলিস নামক মধ্য স্থানে দৃশ্য পদার্থের প্রতিমূর্ত্তি না পড়িলে, সুস্পষ্ট দৃষ্টি জন্মে না। ইহাকেই প্রত্যক্ষ দৃষ্টি কহে। উহার বিপরীত গৌণ দৃষ্টি। রেটিনার অন্য স্থানে প্রতিমূর্ত্তি পড়িলে, তাহাতে যে জ্ঞান হয়, তাহাই গৌণ দৃষ্টি। এরূপ স্থলে দৃষ্টি তত সূক্ষ্ম ও স্পষ্ট হয় না।

অপ্টিক ডিস্কের উপরি রেটিনা না থাকায় ডিস্কে আলোকজ্ঞান হয় না। এই জন্য উহাকে অন্ধস্থান কহে (১৭ পৃষ্ঠা দেখ)।

অপিচ, উভয় চক্ষুর রেটিনার সমতুল্য স্থানে দৃশ্য পদার্থের প্রতিমূর্ত্তি পড়া আবশ্যক। একই সময়ে উভয় চক্ষুর রেটিনার সমতুল্য স্থানে প্রতিমূর্ত্তি না পড়িলে, একটী পদার্থ দুইটী বলিয়া জ্ঞান হয়। উভয় চক্ষুর নিম্নার্দ্ধ অথবা উভয়ের উর্দ্ধদেশ সমতুল্য। কিন্তু এক চক্ষুর নাসিকাদিকস্থ অংশ অন্য চক্ষুর কর্ণদিকস্থ অংশের সমতুল্য। যখন আমরা বাম দিকে কোন বস্তু দর্শন (গৌণ দৃষ্টি) করি, তখন আমরা বাম চক্ষুর নাসাদিকস্থ রেটিনা দিয়া যত দেখি, দক্ষিণ চক্ষুর কর্ণ দিকস্থ রেটিনা দিয়া তত দেখি না। ডান দিকের বেলাও এইরূপ। একই বস্তুর একই প্রতিমূর্ত্তির নিমিত্ত উভয় চক্ষুর কেন্দ্রস্থলেই প্রতিমূর্ত্তি পড়া উচিত। একটীর কেন্দ্রস্থলে অপরটীর পরিধিভাগে প্রতিমূর্ত্তি পড়িলে, এই শেষোক্ত প্রতিমূর্ত্তি অস্পষ্ট হওয়ায় উপেক্ষিত হইয়া থাকে।

হাইপারীমিয়া বা রক্তাধিক্য (HYPERŒMIA)—রোগে রেটিনা এবং অপ্টিক্ ডিস্ক্ উভয়েই প্রায়ই স্ফীত হয়। রেটিনার রক্তশিরা সকল অতিরিক্ত রক্তপূর্ণ হওয়ায়, ভারতবর্ষবাসিদিগের চক্ষুগর্ভ পাংশু রক্তবর্ণ এবং ইউরোপীয়দিগের আরক্ত বর্ণ হয়। দেশ, জাতি ও গাত্রবর্ণ অনুসারে চক্ষুগর্ভের এই আরক্তবর্ণের তারতম্য ঘটে। যাহাহউক, অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রে পরীক্ষা করিলে, ঐ সকল রক্তশিরা স্থূল এবং মন্থরগামী, অপ্টিক্ নার্ভ রক্তপূর্ণ এবং এমত কি, অনেক সময়ে রেটিনার সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম কৈশিক রক্তশিরা সকল অগণ্য ও রক্তপূর্ণ উপলক্ষিত হয়। উভয় চক্ষু পীড়িত না হইলে, সুস্থ চক্ষুর সহিত পীড়িত চক্ষুর অবস্থা তুলনা করিয়া রোগনির্ণয় করা যাইতে পারে। এই রোগেও রোগী সময়ে সময়ে চক্ষুতে আলোকস্ফুলিঙ্গাদি দেখিতে পান; এবং কোন কার্য্যে, বিশেষতঃ শিল্পকার্য্যে অধিকক্ষণ চক্ষু নিয়োজিত রাখিলে, চক্ষুতে ক্লান্তি, বেদনা ও গরম বোধ করেন। এই রোগে সচরাচর রেটিনার দৃষ্টিজ্ঞান প্রখর হওয়ায়, চক্ষুতে আলোক অসহ্য বোধ হয়। এই আলোকা-সহিষ্ণুতা প্রযুক্তই দিবাভাগে চক্ষু হইতে মধ্যে মধ্যে দুই এক বিন্দু অশ্রু নির্গত হয়, সুতরাং মধ্যে মধ্যে কিয়ংক্ষণ মুদিত না রাখিলে, চক্ষু সুস্থ বোধ হয় না।

কোন সূক্ষ্মকার্য্যে নিয়ত চক্ষুঃসংযোগ, পাকস্থলীর বিশৃঙ্খলা, পুনঃ পুনঃ চক্ষুতে নিয়ত আলোকভোগ, অথবা চক্ষুগর্ব্ভস্থ কোন অবয়বের প্রদাহ কারণে রেটিনার রক্তশিরা সকল ক্ষণিক অতিরিক্ত রক্তপূর্ণ হইয়া থাকে ; এবং তজ্জন্য দৃষ্টি অস্পষ্ট হয়। এই ক্ষণিক রক্তপূর্ণতা ক্রমে স্থায়ী হইলে, বিপদাবহ রোগে পরিণত হইয়া চক্ষুর দৃষ্টিজ্ঞান বিলুপ্ত হয়। যাহাহউক, মেলেরিয়া রোগাদিজনিত শোণিত-বিষাক্ততাই এই রোগের গূঢ়কারণ। আলোকভোগ বা চক্ষুঃসংযোগাদি উদ্দীপক কারণ মাত্র।

চিকিৎসা।—প্রাকৃতিক যে যে নিয়মের বিশৃঙ্খলা ঘটিয়া এই রোগ জন্মে, রোগারম্ভ হইতেই সেই সেই বিশৃঙ্খলা সংশোধন করিতে যত্ন করিলে, এই রোগ আরোগ্য হইতে পারে। রৌদ্র এবং দীপাদির আলোক হইতে চক্ষুকে বিশ্রান্ত রাখিবার নিমিত্ত, জাগ্রতাবস্থায় একখানি পর্দ্দা দ্বারা চক্ষুকে আবৃত করিয়া রাখা অথবা নীল বা ধূম্রবর্ণের চসমা ব্যবহার সর্ব্বতোভাবে উচিত। দূরদৃষ্টি ও নিকটদৃষ্টির নিমিত্ত তদুপযুক্ত চসমা ব্যবহৃত হইতে পারে। যে সকল শিল্পকার্য্যে নিয়ত অথবা নতদৃষ্টিতে চক্ষুঃসংযোগ করিতে হয়, সেই সকল কার্য্যে ব্যাপৃত থাকা কদাচ উচিত নহে। মুদিত পুটোপরি মধ্যে মধ্যে শীতল জলের পটি ব্যবহৃত হইতে পারে। ২।৩ দিবস অন্তর রগে জোঁক বা ৫।৭ দিবস অন্তর কর্ণপশ্চাতে অথবা রগে ব্লিষ্টার লাগাইলে, বিশেষ উপকার হইবার সম্ভাবনা আছে। সিম্প্যাথেটিক নার্ভের দুর্ব্বলতা এই রক্তাধিক্য রোগের প্রধান কারণ বলিয়া, কুইনাইন ও আয়রণ প্রভৃতি বলকারক ঔষধের এবং উদরোপরি সবিষাব পলস্তারার ব্যবস্থা করা উচিত। এই সঙ্গে সঙ্গে হৃদ্‌পিণ্ড, যকৃৎ ও গর্ব্ভাশয় প্রভৃতি বিধান সকল যাহাতে সুশৃঙ্খলায় থাকে, বিশেষত যাহাতে মস্তকে রক্তসংঘাত না হয়, তদ্বিষয়ে যত্ন রাখিতে হয়। মেলেরিয়াজনিত হইলে, বলকারক ঔষধের সঙ্গে সঙ্গে আর্সেনিক (১৩৩.১৩৪,১৩৫ ব্য) ব্যবস্থা করিতে হয়। বিশেষত প্রকৃত পালা-জ্বর হইলে মধ্যে মধ্যে কুইনাইন সেবন করা বিধিসঙ্গত, অথবা বমনকারক ঔষধের ব্যবস্থা করিয়া, রাত্রিকালে শয়নের পূর্ব্বে, পূর্ণ মাত্রায় আফিঙ্গ সেবন করিতে দিয়া, কিছু দিবস পর্য্যন্ত আর্সেনিক এবং একোনাইট সেবনের ব্যবস্থা দিতে হয়। উত্তপ্ত জলে হস্তপদাদি ধৌত এবং কোষ্ঠ পরিষ্কারক ঔষধ

(৮৮,৮৯ ব্য) ব্যবস্থা করা উচিত; এবং সাধ্যায়ত্ত হইলে, রোগীকে বায়ুপরিবর্ত্তনের নিমিত্ত স্থানান্তরে প্রেরণ করিতেও পারা যায়। টিউমার প্রভৃতি জনিত রক্তাধিক্য রোগ প্রায়ই উপশমিত হয় না। তবে, তত্তৎস্থলে আইওডাইড এবং ব্রোমাইড অব পোটাসিয়ম একত্র অথবা পৃথক্ পৃথক্ সেবন করিয়া দেখা উচিত।

ইচিমিয়া (Ischæmia)।—রেটিনার ইচিমিয়া শব্দে এই বুঝা যায় যে, রেটিনায় শোণিত সঞ্চালন হঠাৎ সম্পূর্ণ স্থগিত হইয়াছে এবং তৎসঙ্গে সম্পূর্ণ দৃষ্টিনাশ ঘটিয়াছে। ইহাতে রেটিনা বা অপ্টিক নার্ভের টিস্থর কোনরূপ পরিবর্ত্তন ঘটে নাই। সচরাচর উভয় চক্ষুই আক্রান্ত হয় এবং এপিলেপ্সী বা হুপিং কাশির আক্রমণ সময়ে, অতিরিক্ত কুইনাইন সেবনে অথবা সেন্ট্রিক আর্টারির এম্বোলিজম ঘটিয়া জন্মে।

রেটিনাইটিস (Retinitis)।

সুস্থাবস্থায় রেটিনা, অপ্টিক প্যাপিলা এবং কোরইড এত গাঢ়সংশ্লিষ্ট যে, উহাদের কোনটী পীড়িত হইলে, অপর দুইটীও তৎসঙ্গে সঙ্গে কিঞ্চিৎ পরিমাণেও পীড়িত হয়। সুতরাং এই রেটিনাইটিস শব্দে কেবল মাত্র রেটিনা প্রদাহিত হইয়াছে এরূপ না বুঝিয়া, রেটিনা এই প্রদাহের আদিম ও প্রধান স্থল, এরূপ বুঝিতে হইবেক। যাহা হউক, এস্থলে সাধারণ রেটিনাইটিস রোগের উল্লেখ করিয়া, পরে বিশেষ বিশেষ শ্রেণী বর্ণিত হইবেক।

মেলেরিয়া, উপদংশ এবং য়্যাল্বিউমিনিউরিয়া, গ্লাইকোসিউরিয়া, বহুমূত্র, সেপ্টিসিমিয়া, ইউরিমিয়া, লিউসিমিয়া প্রভৃতি কিডনির পীড়া ইত্যাদি শারীরিক কারণে, উজ্জ্বল আলোকে চাক্ষুষ শ্রমাধিক্যে, অক্ষিকোটরে টিউমার প্রভৃতি উৎপন্ন হইয়া রেটিনার শোণিত সঞ্চালনের ব্যাঘাতে, আঘাত লাগিয়া, অথবা কোরইড প্রভৃতি নিকটবর্ত্তী অঙ্গ হইতে প্রদাহ সঞ্চারিত হইয়া, সচরাচর রেটিনাইটিস রোগ জন্মে। এই রোগ অতিকদাচিৎ স্বতঃ উৎপন্ন হইয়া থাকে। বালক, বৃদ্ধ, ধনী, নির্ধন, স্ত্রী, পুরুষ, ইংরেজ ও বাঙ্গালি সকলেরই এই রোগ হইতে পারে; এবং সচরাচর উভয় চক্ষুতে এই রোগ ঘটে।

কোন কোন স্থলে, প্রদাহে রেটিনার কেবল কনেক্টিভ্ টিসুতে প্রদাহজনিত সিরম্ উৎপ্রবেশিত হইয়া থাকে। অপরাপর স্থলে, প্রদাহজনিত পরিবর্ত্তন পারেঙ্কাইমা অর্থাৎ প্রকৃত রেটিনার অন্তরে অন্তরেও হইয়া থাকে। তন্মধ্যে প্রথম স্থলে প্রবল এবং দ্বিতীয় স্থলে, উহা অপ্রবলভাবে দীর্ঘস্থায়ী হয়।

সাধারণ লক্ষণ।—বিশেষ বিশেষ লক্ষণাক্রান্ত রেটিনাইটিস রোগ বর্ণনার পূর্ব্বে, অগ্রে এই প্রদাহের সাধারণ লক্ষণাদি লিখিত হইতেছে।

পূর্ব্বে রেটিনার অতিরিক্ত আলোকজ্ঞানও এই রেটিনাইটিস রোগ বলিয়া বিবেচিত হইত; সুতরাং চক্ষু এবং কপোলদেশের যাতনা, আলোকভীতি, দৃষ্টিক্ষেত্রে আলোকস্ফুলিঙ্গদর্শন এবং অশ্রুনিঃসরণ প্রভৃতি তদবস্থার লক্ষণ সকল এই রোগেই বর্ণিত হইত। কিন্তু, ঐ সকল লক্ষণ এই রেটিনাইটিস রোগে তাদৃশ প্রকাশ থাকে না। চিকিৎসার সুবিধার নিমিত্ত, আধুনিক অক্ষিতত্ত্বজ্ঞ চিকিৎসকেরা এই রোগকে স্বতন্ত্র রোগ বলিয়া বর্ণনা করিয়াছেন। যাহাহউক, এই রোগে রোগারম্ভ হইতেই দৃশ্য পদার্থ অল্প বা অধিক কুজ্ঝটিকাবৃত বলিয়া বোধ হইতে থাকে। রোগের প্রকোপ অনুসারে, দৃষ্টিক্ষেত্র ক্রমে সঙ্কুচিত হইয়া অথবা দৃষ্টিক্ষেত্রের কোন স্থানের অভাব ঘটিয়া, পরিশেষে চক্ষু একেবারে অন্ধ হইয়া পড়ে। চক্ষু-গর্ব্ভের প্রান্তদেশ অপেক্ষা তলদেশ প্রথমে পীড়িত হইলে, দৃষ্টির অস্পষ্টতা অপেক্ষাকৃত অধিক হয়। বিশেষতঃ, ইয়েলো স্পটের নিকটবর্ত্তী স্থান রেটিনাইটিস অথবা কোরো-রেটিনাইটিস রোগে পীড়িত হইলে, কখন কখন রোগী দৃশ্য পদার্থ ক্ষুদ্র (micropsia) বলিয়া বোধ করে, এবং সরল বস্তু বক্র (metamorphopsia) বলিয়া বোধ হয়। চক্ষুর বিতান অল্প বাড়িতে পারে; কিন্তু তাহার সামান্য প্রসারণ ব্যতীত চক্ষুর বাহ্য আকৃতির কোন বৈলক্ষণ্য ঘটে না এবং দৃষ্টিপথও স্বচ্ছ থাকে। ক্রণিক স্থলে, এবং কোরইড প্রভৃতি পীড়িত হইলে, লেন্স ও ভিট্রিয়স কিঞ্চিৎ ঘোলা হইতে থাকে; এবং স্ক্লেরটিক ও কনজংটাইভার রক্তশিরা সকল সচরাচর, বিশেষত আঘাতজনিত স্থলে, রক্তসংহত হইয়া থাকে।

পেরিমিটার ও দৃষ্টিক্ষেত্র।—কোন দৃশ্য পদার্থোপরি স্থিরভাবে দৃষ্টি নিক্ষেপ করিলে ঐ পদার্থ সুস্পষ্ট দৃষ্টিগোচর হয়। কিন্তু, তদ্ভিন্ন ঐ

পদার্থের চতুষ্পার্শ্বস্থ অনেক দূর পর্য্যন্তও আমাদের অস্পষ্ট দৃষ্টিগোচর হয়। এই রূপে সুস্পষ্টও অস্পষ্ট যতদূর স্থান আমাদের দৃষ্টিগোচর হয়, তাহাকে দৃষ্টিক্ষেত্র (Visual Field) কহে। *এই দৃষ্টিক্ষেত্রের পরিমাপ পূর্ব্বে এক খানি বোর্ডে* অঙ্কিত হইত। অধুনা তজ্জন্য পেরিমিটার (Perimeter) নামক যন্ত্র ব্যবহার হয়। ম্যাক্ হার্ডির প্রস্তুত যন্ত্রই উত্তম। কিন্তু পিষ্টলি স্মিথ সাহেবের যন্ত্রের ব্যবহার সহজ এবং মূল্যও কম। অপ্টিক নার্ভের য়্যাট্রোফি, গ্লকোমা, রেটিনাইটিস পিগ্‌মেণ্টোসা, রেটিনার বিশ্লেষণ, হেমিওপিয়া, টবাকু য়্যামোরো-সিস এবং স্কটোমা প্রভৃতি রোগে দৃষ্টিক্ষেত্রের আয়তন কমিয়া যায়; সুতরাং এই যন্ত্রের ব্যবহার নিতান্ত প্রয়োজন হইয়া থাকে।

সিরস প্রদাহে—নিঃসৃত সিরম পদার্থে দৃষ্টির যে ভয়ানক অস্পষ্টতা জন্মে, অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিলে, চক্ষুগর্ভে তদনুরূপ কোন ভয়ানক পরিবর্ত্তন দেখা যায় না। অনুগ্র-আলোক ব্যবহারে সত্বর এই পরীক্ষা শেষ করা উচিত। নতুবা, ঐ পরিবর্ত্তন উপলক্ষিত হয় না; এবং চক্ষুও উগ্র আলোক অধিকক্ষণ সহ্য করিতে পারে না। প্রত্যক্ষ উপায়ে চক্ষুপরীক্ষায়, রেটিনার প্রদাহিত অংশ একখানি অতিসূক্ষ্ম নীলাভ পাংশুবর্ণ আস্তরণে সম-ভাবে আবৃত আছে বলিয়া বোধ হয়, এবং তন্মধ্যে কোরইডের ইপিথীলিয়ম ও রক্তশিরা সকল লুক্কায়িত থাকে। সুতরাং ইংরেজ ও বাঙ্গালি সকলেরই একইবিধ দৃষ্টিগোচর হয়। ইয়েলো স্পটের নিকটবর্ত্তী স্থান অপেক্ষাকৃত আরক্তিম বোধ হয়; অপ্টিক্ ডিস্ক্ স্ফীত ও তাহার চতুঃসীমা অস্ফুট থাকে। আর্টারি সকলের কোন বিশেষ পরিবর্ত্তন হয় না বটে, কিন্তু ভেইন্স সকল, বিশেষত তাহাদের ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র শাখা-প্রশাখা গুলি অতিরিক্ত রক্তপূর্ণ, বৃহৎ, গাঢ় রক্তবর্ণ, মন্থরগামী ও স্থানে স্থানে অদৃশ্য হইয়া থাকে। **প্যারাঙ্কাইমেটস** প্রদাহে, এই সকল পরিবর্ত্তনের বিলক্ষণ আধিক্য দেখা যায়। ডিস্ক্ অস্বচ্ছ, স্ফীত, কিঞ্চিৎ রক্তপূর্ণ, রক্তাভ পাংশুবর্ণ এবং তাহার চতুঃসীমা অস্ফুট থাকে। **প্ল্যাষ্টিক প্রদাহে**—সমগ্র চক্ষুগর্ভ পাংশুরক্তবর্ণ আকার ধারণ করে। রক্তশিরা সকল এত রক্তবর্ণ হয় যে, উহাদের প্রবেশ ও নির্গমন পথ ব্যতীত ডিস্কের প্রায় কোন চিহ্নই থাকে না। কখন কখন ডিস্কের নিকটবর্ত্তী, অথবা রেটিনার অপরাপর স্থানে, রক্তশিরা সকলের উপরিভাগে বা পার্শ্বে, শুভ্র

শোণিতের শ্বেতবর্ণ চিহ্ন উপলক্ষিত হয়; এবং কখন কখন রেটিনার কোন কোন অংশ চুপসিয়া গিয়া থাকে। যাহাহউক, এই সকল স্থলে কোরইডও বিলক্ষণ পীড়িত হইয়াছে, এরূপ অনুমান করিতে হইবেক।

পরিণাম।—রোগের কারণ, প্রকোপ এবং রেটিনার স্নায়ুবিধান কত দূর পীড়িত হইয়াছে, এই সকল বিষয় বিবেচনা করিয়া, ভাবিফল অনুমান করা যায়। রেটিনার, বিশেষত অপ্টিক নার্ভের বিধান বিনষ্ট না হইলে, প্রবল বা অপ্রবল উভয়বিধ প্রদাহে উপযুক্ত চিকিৎসাদি দ্বারা রেটিনা পুনর্ব্বার সুস্থ অবস্থা প্রাপ্ত হইতে পারে। কারণ, সিরস নিঃসরণ, শোণিতস্রাব ও কনেক্টিভ টিসু সকলের মেদাপকর্ষ প্রভৃতি অল্প পরিমাণে হইলে, তাহা কালে শোষিত ও বিলীন হইতে পারে, সুতরাং চক্ষুর দৃষ্টিশক্তি পুনরাগমন করে। নতুবা, অপ্টিক নার্ভ সুস্থ থাকিলে, চক্ষু একেবারে অন্ধ না হইয়া, স্কটোমা রোগের লক্ষণাক্রান্ত হইয়া থাকে। উপদংশসম্ভূত রেটিনাইটিস আরোগ্য হইবার অধিক সম্ভাবনা। কিন্তু, রেটিনা বিশ্লিষ্ট অথবা চুপসিয়া যাইলে, চক্ষু অন্ধ হইয়া যায়।

চিকিৎসা।—রেটিনার রক্ত শিরা সকলের রক্তাধিক্য নিবারণের নিমিত্ত কপোলদেশে পর্য্যায়ক্রমে মার্করী মর্টিত ব্লিষ্টার লগ্ন করা এবং চক্ষুতে আলোক প্রবিষ্ট হইবে না বলিয়া, ব্যাণ্ডেজ, পর্দ্দা, অথবা গাঢ় নীলবর্ণের চসমা দ্বারা উহাকে আবৃত রাখা উচিত। চক্ষুশ্রমজনক কোন কার্য্য করা একেবারেই অবৈধ। অতিরিক্ত আলোকজ্ঞান হইলে ও চক্ষুতে বেদনা থাকিলে, শয়ন সময়ে আফিঙ্গ সেবন, অথবা কপোল চর্ম্মে মর্ফিয়ার ত্বগধঃ পিচকারি, পোস্ত ঢেঁড়ির সেঁক, অথবা সিদ্ধির পোল্টিস ব্যবহৃত হইয়া থাকে। সবল ব্যক্তির পক্ষে, যাহাতে উত্তমরূপে কোষ্ঠ পরিষ্কার এবং স্বেদ নির্গত হয়, এরূপ ঔষধের ব্যবস্থাদি করাও যুক্তিসঙ্গত। ম্যেলেরিয়া জনিত স্থলে, রোগীর জিহ্বা লেপযুক্ত দেখিলে ও ক্ষুধামান্দ্য থাকিলে, কতিপয় মাত্রা কুইনাইন এবং সোডার সহিত হাইড্রার্জ কম ক্রিটা সেবন করিতে অনুমতি দেওয়া উচিত; এবং স্বল্প জ্বরজ লক্ষণাদি প্রকাশমান থাকিলে, শয়ন সময়ে উত্তপ্ত জলে গাত্র মার্জ্জিত করিয়া লওয়া উচিত; এবং প্রথম হইতেই ধাতুশোষক ঔষধের সহিত বার্ক ও য়্যামোনিয়া সেবনের ব্যবস্থা দেওয়া কর্ত্তব্য। এই সঙ্গে সঙ্গে বলকারক

উত্তম খাদ্যাদির ব্যবস্থা করিয়া শারীরিক স্বাস্থ্যের উন্নতি করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়।

যে স্থলে, উপদংশ অথবা কিড্‌নির কোন পীড়ার স্পষ্ট কোন প্রমাণ পাওয়া যায় না, তথায়, প্রতিদিন ২।৩ বার হাইড্রার্জ বাইক্লোরাইড মিক্‌শ্চার, আইওডাইড অব পোটাসিয়ম্‌ অথবা ব্রোমাইড মিক্‌শ্চার (১১৬,১১৭,১১৮,১১৯, ১২১ ব্য) সেবনের ব্যবস্থা দেওয়া যাইতে পারে। উপদংশসম্ভূত স্থলে, রাত্রিকালে হাইড্রার্জ বিন্‌ আইওডাইড মলম (৭১ ব্য) দ্বারা কপোলদেশে প্রত্যুত্তেজনা করা উচিত। আঘাতজনিত স্থলে, আঘাতের বিবরণ শুনিয়া এবং তজ্জনিত চক্ষুর অপকারাদি পরীক্ষা করিয়া, ঔষধাদি ব্যবস্থা করিতে হয়। যাহাহউক, শারীরিক যে যে কারণে এই রোগ হইতে পারে, রোগীর মুখে তদীয় রোগবিবরণ শুনিয়া, তত্তৎ রোগোপশমের নিমিত্ত ঔষধাদি ব্যবস্থা করিতে হয়। বিতানবৃদ্ধি লঘু করিবার নিমিত্ত, এসারীন প্রয়োগ অথবা কর্ণিয়া ছিদ্র করিয়া আস্তে আস্তে কিঞ্চিৎ য়্যাকিউয়স নিঃসৃত করা বিধেয়। কিন্তু, হঠাৎ অধিক য়্যাকিউয়স নিঃসৃত হইতে দিলে, ভিট্রিয়সে রক্তস্রাব হইবার বিলক্ষণ সম্ভাবনা আছে।

রেটিনাইটিস য়্যাল্‌বিউমিনিউরিকা।

(Retinitis Albuminurica. Nephritic Neuro-Retinitis.)

মূত্রের সহিত য়্যাল্‌বুমেন ত্যাগ হয়, কিড্‌নীর এবম্ভূত পীড়ায় সচরাচর সহানুবর্ত্তী হয় বলিয়া এই রোগকে রেটিনাইটিস য়্যাল্‌বুমিনিউরিকা কহে। যাহাহউক, সচরাচর কিড্‌নীর ব্রাইট্‌স্‌ রোগে, চক্ষুতে প্রধানতঃ ম্যাকিউলা লুটিয়ার নিকটবর্ত্তী স্থানে এই পীড়া হইয়া থাকে; কিড্‌নীর পীড়ার সহিত রেটিনার পীড়ার কিরূপ সম্বন্ধ তাহা অদ্যাপিও অপরিজ্ঞাত আছে।

লক্ষণ।—এই রোগে রেটিনায় যে সকল পরিবর্ত্তন ঘটে, তাহা এত সুস্পষ্ট ও নির্দ্দিষ্ট স্থানব্যাপক যে, এই রোগের পরিপক্কাবস্থায়, অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা চক্ষু পরীক্ষা করিয়া, ব্রাইট্‌স্‌ রোগের বিদ্যমানতা নিশ্চয় করা যাইতে পারে। রেটিনার ভেসেল্‌স সকল প্রসারিত, কৃষ্ণবর্ণ ও মন্থরগামী হইয়া থাকে।

কিন্তু আর্টারি সকলের স্থূলতার ঈষৎ হ্রাসতা ভিন্ন তাহাতে অপর কোন পরিবর্ত্তন ঘটে না। অপ্টিক ডিস্ক রক্তসংহত হয়; এবং অপ্টিক নার্ভ ও তৎ-সন্নিহিত রেটিনায় নীলাভ পাংশু বর্ণের সিরম উৎপ্রবিষ্ট হইয়া, তথায় পাংশু শ্বেতবর্ণের পাতলা স্তর পড়ে। অপ্টিক নার্ভ ও ভেসেল্‌স্‌ সকলের গতি স্পষ্ট অনুভূত হয় না। যাহাহউক, ক্রমে সমস্ত রেটিনা আরক্তিম হইযা পাংশু বর্ণের আকার ধারণ করে। হৃৎপিণ্ডের বিবৃদ্ধি প্রযুক্ত, বেগে শোণিত সঞ্চালন হইয়া এবং ব্রাইটস্‌ রোগে শিরা সকলের পীড়িতাবস্থা প্রযুক্ত কৈশিক শিরা হইতে রক্তস্রাব হইয়া, রেটিনায় মধ্যে মধ্যে দুই এক স্থানে অশ্বপুচ্ছের ন্যায় রক্ত চিহ্ন দেখা যায়। এই রোগে অপ্টিক নার্ভের স্ফীতি সচরাচর অধিক হয় না। কিন্তু, কখন কখন উহা এত আরক্তিম হয় যে, ঠিক অপ্টিক নিউরাইটিস্‌ রোগের ন্যায় আকার ধারণ করে। সচরাচর ব্রাইটস্‌ রোগের সহবর্ত্তী হৃদ্‌-পিণ্ডের বামদিকস্থ ভেণ্ট্রিকলের বিবৃদ্ধি প্রযুক্ত রেটিনায় শোণিত সঞ্চালনের বিশৃঙ্খলা হইয়া থাকে। পীড়ার বৃদ্ধি অনুসারে, ডিস্কের দুই এক স্থানে মেদাপকর্ষক শ্বেতবর্ণ চিহ্ন, এবং ইযেলো স্পট প্রদেশে, শ্বেতবর্ণে চিত্রিত উজ্জ্বল বিন্দুবৎ আকৃতি সকলও এই রোগের বিশেষ লক্ষণ। এই শেষোক্ত লক্ষণ নিউরো-রেটিনাইটিস রোগে ডিস্কের অতি নিকটে দেখা যায়।

এই রোগ ত্রিবিধ। ১। কিড্‌নির রোগের সঙ্গে সঙ্গে এই রোগ ক্রমশঃ বৃদ্ধি পায়। দৃষ্টি বহু দিন হইতেই কুজ্‌ঝটিকাময় হয়। রেটিনায় রক্তস্রাব প্রযুক্ত আংশিক অথবা সমস্ত দৃষ্টিক্ষেত্রের দৃষ্টি হঠাৎ বিনষ্ট হয় অথবা দৃষ্টি ঝাপ্‌সা হয়।

২। কিড্‌নির পীড়ার শেষাবস্থায় ইউরিমিয়া প্রযুক্তও এই রোগ জন্মে। এই সঙ্গে সঙ্গে মূত্ররোধ, ভ্রমাতঙ্কা এবং খেঁচুনি প্রভৃতিও থাকে। শীঘ্র এবং কখন কখন স্থায়ীভাবে দৃষ্টি বিনষ্ট হয়। কিডনির পীড়া আরোগ্য হইলে, ও রক্তস্রাবে রেটিনায় কোন পরিবর্ত্তন না ঘটিলে, দৃষ্টির অনেক সুবিধা হইতে পারে। কিন্তু তাহা প্রায়ই দেখা যায় না।

৩। গর্ব্ভাবস্থায় য়্যাল্বিউমিনিউরিযা প্রযুক্ত স্ত্রীলোকেরা এই রোগ ভোগ করে। রক্তস্রাবে উভয় চক্ষুই এই রোগে আক্রান্ত হয়। এবম্বিধস্থলের পরিণাম বড়ই অশুভ। যাহাহউক, মাতার দৃষ্টি রক্ষা অথবা জীবন বাঁচাইতে

এরূপ স্থলে ভ্রূণ হত্যা করা অনেকানেক বিজ্ঞ চিকিৎসকের মতে অবৈধ কার্য্য নহে।

এই রোগে কোরইড এবং ভিট্রিয়সেও প্রদাহ সঞ্চারিত হয়; এবং রেটিনা বিশ্লিষ্ট হইতে, অথবা অপ্টিক নার্ভ চুপসিয়া যাইতেও পারে। এই রোগে দৃষ্টি অল্প অল্প কুজ্ঝটিকাবৃত থাকে বলিয়া, এই রোগকে ব্রাইট্স্ রোগের সহবর্ত্তী য়্যামোরোসিস রোগ বলিয়াও ভ্রম হইতে পারে। রেটিনার ঘনতা প্রযুক্ত, কখন কখন রোগীর দূরদৃষ্টি বিনষ্ট এবং দৃষ্টিক্ষেত্র সঙ্কুচিত হয়। এই দৃষ্টির ব্যাঘাতই কখন কখন রোগ নির্ণয় করিয়া দেয়, রোগী ও চিকিৎসক উভয়েই কিড্নীর কোন পীড়ার বিষয় অনুভব করিতে পারেন না। কিন্তু, রোগীর মূত্র পরীক্ষা করিয়া দেখিলে, উহাতে যথেষ্ট য়্যালবুমেন পদার্থ নিরীক্ষিত হইয়া থাকে। এতদ্ব্যতীত এবম্বিধ স্থলে, পরিপাক শক্তির বিশৃঙ্খলা, বমনোদ্বেগ, অলসতা ও সর্ব্বদাই অসুখ বোধ ইত্যাদি লক্ষণও প্রকাশ পায়। যাহাহউক কখন কখন মস্তিষ্কের পীড়া কারণেও এবম্ভূত রোগ হইয়াছে।

পরিণাম।—প্রদাহ জনিত সিরম নিঃসরণাদি ক্রমে আশোষিত হইয়া রেটিনা বিলক্ষণ সুস্থ ও দৃষ্টি বিলক্ষণ পরিষ্কৃত হইতে পারে। কিন্তু, কখন কখন স্নায়ুসূত্র সকলের কাঠিন্য অপনীত না হওয়ায়, দৃষ্টির ব্যাঘাত বর্ত্তমান থাকে। যাহাহউক, এরূপ স্থলও অতিবিরল। কিডনীর পীড়ার শেষাবস্থায়, শোণিতে ইউরিয়া হইলে, এবং কিডনীর যে পীড়ায় মূত্রকৃচ্ছ্র, বিহ্বলতা ও খেঁচুনি প্রভৃতি ঘটে, তথায় রক্তস্রাব প্রযুক্ত প্রায়ই এই দৃষ্টি বিনষ্ট হয়। যাহাহউক, কিডনির এই পীড়াও জীবননাশক।

চিকিৎসা।—কিডনীর পীড়া নিরাময় করিবার অভিপ্রায়ে টিং ষ্টিল অথবা তৎসঙ্গে সাইট্রেট্ অব কুইনাইন (১৩৮,১৫১ ব্য) প্রভৃতি বলকারক ঔষধের ব্যবস্থা দেওয়া যায়। প্রত্যহ নিয়মিত কোষ্ঠ-পরিষ্কারের ও স্বেদ নির্গমনের নিমিত্ত ঔষধাদিও ব্যবহৃত হয়। কোষ্ঠ পরিষ্কারের নিমিত্ত কম্পাউণ্ড জেলাপা পাউডার ও বিয়াই প্রভৃতি ব্যবহৃত হইতে পারে। চক্ষুতে বেদনা থাকিলে, কপোল দেশে জোঁক লাগাইয়া মধ্যে মধ্যে রক্ত মোক্ষণ করা উচিত। চক্ষুকে অনাবৃত রাখা অথবা সতত নতমুখে থাকা, অথবা পারদ ঘটিত ঔষধাদি ব্যবহার করা কদাচ উচিত নহে।

গর্ভাবস্থায়—এই রোগ হইলে, বিশেষতঃ ৪।৫ মাসের গর্ভাবস্থায় হইলে, কালবিলম্ব না করিয়া গর্ভস্রাব করাইলে, রোগিণীর দৃষ্টি ও জীবন রক্ষা পায়। ৮।৯ মাসের কালে হইলে, বালকের জন্ম হইলেই চিকিৎসা করিয়া দেখা উচিত। বহুমূত্র জনিত রেটিনাইটিস রোগে ক্যাটারাক্ট রোগও সমবেত থাকে, সুতরাং কেবল বহুমূত্র রোগের চিকিৎসায় প্রায়ই আরোগ্য হয় না। চক্ষুতে কোন ঔষধাদি প্রদান করিলে মন্দ ভিন্ন ভাল হয় না। লিউকোসাইথিমিয়া রোগ প্রযুক্ত এই রোগ হইলে, সেইরূপ রোগের চিকিৎসা করাই উচিত।

রেটিনাইটিস্ সিফিলিটিকা (Syphilitica.)

উপদংশ কারণে এই রোগ জন্মে। রোগীর শারীরিক পূর্ব্ব বৃত্তান্ত এবং অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রে পরীক্ষিত কতিপয় লক্ষণ দেখিয়া, এই রোগ নির্ণীত হইয়া থাকে।

লক্ষণ।—দৃষ্টির অল্পাল্প অস্পষ্টতা ব্যতীত অপর কোন বাহ্য লক্ষণ প্রকাশমান থাকে না। কোন কোন স্থলে, দৃশ্য পদার্থ ক্ষুদ্র বলিয়া বোধ হয়। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিলে, অপ্টিক ডিস্ক ও রেটিনার রক্তাধিক্য এবং ভিট্রিয়সের আবিলতা স্পষ্ট অনুভূত হয়। রেটিনার ভেইন্স সকল কিঞ্চিৎ প্রসারিত, কৃষ্ণবর্ণ ও মন্থরগামী বলিয়া দেখায়। প্রদাহ জনিত সিরস নিঃসরণে, ডিস্ক এবং সান্নিহিত রেটিনা চুন্কের সরের ন্যায় এক প্রকার পাতলা অস্বচ্ছ আস্তরণে আবৃত হয়; এবং ইয়েলো স্পটের নিকটে বিন্দু বিন্দু অস্বচ্ছতা জন্মে। কিন্তু, এই সকল অস্বচ্ছতা নেফ্রিটিক রেটিনাইটিস রোগের ন্যায় উজ্জ্বল নহে। সচরাচর সমস্ত রেটিনা প্রদাহিত হইয়া কলঙ্কিত হয় না এবং রেটিনা হইতে রক্তস্রাব হইতেও প্রায় দেখা যায় না। প্রাদাহিক পরিবর্ত্তন-ক্রমে কোরইডও স্থানে স্থানে কৃষ্ণবর্ণ কলঙ্কে কলঙ্কিত হয়। বাস্তবিক এই রোগে এক্জুডেটিভ কোরইডাইটিস রোগেরও লক্ষাদি প্রকাশ পায়।

এই রোগের গতি অতি মৃদু, এবং উহা এক বার আরোগ্য হইয়া পুনরায় আবির্ভূত হইয়া থাকে।

পরিণাম।—এই পীড়া, বিশেষত রোগারম্ভেই চিকিৎসিত হইলে,

প্রায়ই আরোগ্য হইয়া থাকে। কিন্তু, পুনঃ পুনঃ প্রদাহে রেটিনার স্নায়ু-বিধানও ব্যথিত হইয়া দৃষ্টি অনেক বিনষ্ট হয়।

চিকিৎসা।—পারদ এই রোগের সর্ব্বোৎকৃষ্ট ঔষধ। রোগের প্রকোপ সমভাবে থাকিলে, অথবা ইতিপূর্ব্বে পারদ ব্যবহারে মুখ হইতে লালা নির্গত হইয়া থাকিলে, বাইক্লোরাইড অব মার্করির সহিত আইওডাইড অব পোটাসিয়ম সেবনের (১১৭,১১৮,১১৯,১২২ ব্য) ব্যবস্থা করা উচিত। এই ঔষধে শরীরে পারাজনিত ব্রণাদি হয় এবং পরিপাক শক্তির বিশৃঙ্খলা, নিদ্রাকালে শরীর বিলক্ষণ গরম ও অসুখ বোধ হয় বলিয়া, আহারের দুই এক ঘণ্টা পরে, উহা সেবন করা উচিত। রোগের প্রকোপ অত্যন্ত বৃদ্ধি হইতে থাকিলে, প্রতি দিবস উরু ও বাহু মূলে, তিন বার করিয়া অর্দ্ধ অথবা এক ড্রাম হাইড্রার্জ কর্ট অয়েণ্টমেণ্ট ম্রক্ষণ করা উচিত। ইহাতে কতিপয় দিবসের মধ্যেই রোগীর দন্তমূল কিঞ্চিৎ শিথিল, বেদনাপ্রদ ও বজবজে হইয়া মুখ হইতে লালা নিঃসরণ হইতে না হইতেই, তদ্ব্যবহার স্থগিত রাখিবে। রোগী সবল থাকিলে, এই সঙ্গে সঙ্গে ৫ গ্রেণ মাত্রায় পোটাসি আইওডাইড সেবনে অনেক উপকার দর্শিয়া থাকে। কিন্তু, দুর্ব্বল রোগীর পক্ষে, কুইনাইন অথবা সিন্‌কোনা এবং নাইট্রিক এসিড ব্যবস্থাই প্রসিদ্ধ। গ্রীষ্মকালে, রোগী আপন বাটীতে শয়িত থাকিলে, হাইড্রার্জ মলমের পরিবর্ত্তে, প্রতিরাত্রিতে মার্করির বাষ্প-গ্রহণও (প্রথমে ১০ গ্রেণ ক্যালোমেল) ব্যবহৃত হইতে পারে।

রেটিনাইটিস য়্যাপোপ্লেক্‌টিকা (Apoplectica.)

এই রোগে চক্ষুর পীড়া ব্যতীত, কোন দূরবর্ত্তী শারীরিক পীড়ায়, রেটিনায় সহসা অতিরিক্ত রক্তোৎসেধ হইয়া থাকে, এবং তাহাতে রেটিনার স্নায়ুবিধান ব্যথিত হয়।

গর্ভাশয়, যকৃৎ অথবা হৃদ্‌পিণ্ড ইত্যাদির পীড়া কারণে শোণিত সঞ্চালনের বিশৃঙ্খলা ঘটিয়া, আঘাত বা পীড়াদি কোন কারণে কোরইড অথবা রেটিনার কোন রক্তশিরা ছিঁড়িয়া অথবা ফাটিয়া গিয়া, এই রোগ উৎপন্ন হয়। এই নিমিত্ত, যে সকল স্ত্রীলোকের রজস্রাভাব রোগ আছে, এবং যাহাদিগের

হৃদ্‌পিণ্ডের বামপার্শ্বস্থ ভেণ্ট্রিকল প্রসারিত ও বিবর্দ্ধিত ও যাহারা এওর্টিক ভল্‌ভের কোন পীড়া ভোগ করে, তাহাদিগেরই সচবাচর, অথবা অক্ষিকোটরে টিউমার প্রভৃতি উৎপন্ন হইয়াও এই রোগ হইতে দেখা যায়। বৃদ্ধ ব্যক্তিদিগের এবং রক্তক্ষরণপ্রবণ বালক বা যুবকযুবতীদিগের, যাহাদের নাসারন্ধ্র হইতে মধ্যে মধ্যে সহসা রক্ত পতিত হয় (Epistaxis), তাহাদেরও এই রোগ হইতে পারে। অপিচ, প্রতিদিন গ্রীবা নত করিয়া, জীবিকা নির্ব্বাহার্থে পবিশ্রমাদিও এই রোগেব উদ্দীপক কারণ।

লক্ষণ।—হঠাৎ দৃষ্টিনাশ এই বোগেব বাহ্যিক প্রধান লক্ষণ। মস্তকে বেদনা বোধ হয়; এবং মধ্যে মধ্যে ২।১ মিনিটেব নিমিত্ত মস্তক ঘুরিতে ও মস্তকে বেদনা থাকে ও নাসিকা হইতে রক্ত পতিত হয়। কোন দিবস নিদ্রোত্থিত হইযা বোগী একটী অথবা দুইটী চক্ষুতে অল্প বা অধিক পরিমাণে দৃষ্টিবিনাশ অনুভব কবে; এবং দৃষ্টি সম্মুখে চক্ষুতে কৃষ্ণ অথবা রক্তবর্ণ মালিন্য দেখিতে পায। কখন কখন চক্ষুতে গ্লকোমা বোগেব লক্ষণাদি প্রকাশ পায়।

অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রে পরীক্ষা কবিলে, ডিস্ক্‌ ও বেটিনা উভয়েই গাঢ় রক্তবর্ণ দেখায়। ভেইন্স সকল কৃষ্ণবর্ণ, প্রসাবিত ও মন্থরগামী হয। বেটিনা এবং কোরইডেব মধ্যবর্ত্তী স্থানে, স্রস্ত রক্তেব চিহ্ন সকল ইতস্ততঃ বিক্ষিপ্ত দেখা যায়; সুতবাং তৎপশ্চাদ্দিকস্থ রক্তশিরা দৃষ্টিগোচব হয় না। কিন্তু, অতিরিক্ত বক্তস্রাব হইলে, অথবা ভিট্রিয়স হিউমারে রক্তস্রাব হইলে, অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বাবা চক্ষুগর্ত্তের অপরাপর বিধান সকল অবগত হওযা যায না। এবম্বিধ স্থলে, ভিট্রিযসে রক্তস্রাব ও বোগবৃত্তান্ত অবগত হইয়া, রোগ নির্ণয় করিতে হয়। কখন কখন বহুদিনের স্রস্ত কৃষ্ণবর্ণ অস্বচ্ছ রক্তবিন্দু সকলও এই ভিট্রিয়সে দেখা যায। ভিট্রিযস পবিষ্কৃত থাকিলে, এবং বক্ত অল্প স্রস্ত হইলে, শিবাব যে স্থান দিয়া বক্তস্রাব হইয়া ছিল, তাহা অবলোকন করা যায।

পরিণাম।—এই বোগেব পরিণাম শুভ নহে। অনেক সময়ে রক্তবিন্দু সকল আশোষিত হইয়া দৃষ্টির কিঞ্চিৎ উন্নতি হইলেও, বোগোদ্দীপক কাবণ সকল বর্ত্তমান থাকিযা পুনর্ব্বাব বক্তস্রাব হইতে পাবে। যদি রেটিনার অপরাপর অংশ সুস্থ থাকে এবং ভিট্রিয়সে বক্তস্রাব না হয এবং কেবল দুই এক

স্থানে মাত্র রক্ত স্রস্ত হয়, তবে উহা অতিরিক্ত স্রস্ত হইলেও আশোষিত হইয়া শুভ পরিণামে পর্য্যবসিত হইতে পারে।

চিকিৎসা।—রোগের কারণ এবং পুনরাগমন দমন করাই চিকিৎসকের প্রথম কার্য্য। রক্তসাভাবে, আইওডাইড অব পোটাসিয়ম অথবা বোরাসিস মিকশ্চার (৯৩,১২১,১৭০ ব্য) সেবনে বিশেষ উপকার দর্শে। রোগী দুর্ব্বল হইলে, বলকারক আয়রণ ঘটিত ঔষধাদি (১৪০,১৫১ ব্য) ব্যবস্থা করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। কোষ্ঠ পরিষ্কারক ঔষধ, বিশেষত পিল এলোজ এট মাবি অথবা পিল এলোজ বার্ব্বাডেন্সিস্ ব্যবহৃত হইয়া থাকে। চক্ষুতে বেদনা থাকিলে, অথবা উহা গরম বোধ হইলে, চক্ষু শীতল আর্দ্র বস্ত্রে ভিজাইয়া রাখিয়া, অথবা ২।১টী জোঁক লাগাইয়া কপোলদেশ হইতে রক্তমোক্ষণ করিয়া উপশম প্রতীক্ষা করা উচিত। হৃৎপিণ্ডের কোন পীড়াপ্রযুক্ত হইলে, তদনুরূপ চিকিৎসা বিধেয়। ফ্রিড্রিকসল, পলনা, হনি এডি জেনস, ভিক্টোরিয়া বা ভিচি প্রভৃতি আকরিক জল ব্যবহারে মল পরিষ্কার রাখা উচিত।

রেটিনাইটিস পিগ্‌মেণ্টোসা (Pigmentosa)।

এই পীড়ায় রেটীনায় এক প্রকার পিগমেণ্ট সঞ্চিত হয় বলিয়া, এই রোগের এবম্বিধ নামকরণ হইয়াছে।

এই রোগ পৈত্রিক এবং জন্ম-সহজাত। বাল্যাবস্থা হইতেই এই রোগ অলক্ষিতভাবে অল্প পরিমাণে বর্দ্ধিত হইয়া ৩৫ হইতে ৫০ বৎসর বয়সের মধ্যে প্রকৃত রোগে পরিণত হইয়া, রোগীকে চিরকালের নিমিত্ত অন্ধ করিয়া ফেলে। সচরাচর উভয় চক্ষুই এই রোগে পীড়িত হইয়া থাকে। মূক ও বধির ব্যক্তি, এবং জ্ঞাতি বা সগোত্র বিবাহোৎপন্ন বালকেরা প্রায়ত এই রোগে পীড়িত হইয়া থাকে। কখন কখন হস্তপদে অতিরিক্ত অঙ্গুলি প্রভৃতি অঙ্গবিকৃতিও এই রোগগ্রস্ত ব্যক্তিতে দেখা যায়।

লক্ষণ।—তারার সঙ্কোচন ব্যতীত এই রোগে চক্ষুর বাহ্যবিকৃতি দেখা যায় না। চক্ষুতে যন্ত্রণাবোধ প্রভৃতি কিঞ্চিন্মাত্রও থাকে না। বাল্যাবস্থা হইতেই দৃষ্টির আবিলতা ক্রমশঃ অলক্ষিতভাবে বর্দ্ধিত হইয়া, বয়োবৃদ্ধি সহকারে

ক্রমশঃ উপলক্ষিত হইতে থাকে। দিবাভাগ অপেক্ষা রাত্রিকালে, বিশেষতঃ অস্পষ্ট আলোকে দৃষ্টির এই অস্পষ্টতা বিলক্ষণ লক্ষিত হয়। অস্পষ্ট আলোকে গমনাগমন করিতে পারা যায় না; এবং রোগী প্রায়ই নিশান্ধ (Nyctalopia) হইয়া থাকে। প্রতি বৎসরেই রোগীর উভয় চক্ষুর দৃষ্টিক্ষেত্র ক্রমশঃ সমভাবে সঙ্কুচিত হইতে থাকে; এবং এই নিমিত্ত রোগীর পার্শ্বদৃষ্টি বিনাশিত হইয়া, সম্মুখদৃষ্টি অধিক দিবস সূক্ষ্ম থাকে। এই সময়ে রোগী যদিও ইতস্ততঃ দেখিয়া গমনাগমন করিতে সম্যক সমর্থ হয় না বটে, কিন্তু ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র অক্ষরাদি পাঠ করিতে সমর্থ হয়। পরে, রোগী একেবারেই অন্ধ হইয়া পড়ে। অনেকানেক স্থলে লেন্সে ক্যাটারাক্ট রোগ আরম্ভ হয়।

অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিলে, উর্ণাতন্তু বা নক্ষত্রবৎ অথবা বিন্দু বিন্দু অস্ফুট সীমাবদ্ধ ক্ষুদ্র ও বৃহৎ সঞ্চিত পিগমেণ্ট পৃথক্ পৃথক্ অথবা দলবদ্ধ হইয়া রেটিনায় ইতস্ততঃ বিক্ষিপ্ত দেখিতে পাওয়া যায়। বাস্তবিক, ইহাতে চক্ষুগর্ত একখানি ব্যাঘ্র চর্ম্মের আকৃতি ধারণ করে। এই সকল পিগ্‌-মেণ্ট প্রায়তঃ রেটিনার রক্তশিরা সকলের অনুগমন করিয়া থাকে। রেটিনার শিরা সকল এই রোগে প্রায়ই ক্ষীণকলেবর হয়; বিশেষতঃ উহার কৈশিক শিরা সকল একেবারেই অদৃশ্য হইয়া থাকে। এই কারণেই, মৃদু আলোকে রেটিনায় দৃষ্টিজ্ঞান অতি অল্প হইয়া থাকে বলিয়া, রোগী প্রায়ই নিশান্ধ হইয়া থাকে। যাহা হউক এই রোগ ক্রমে বৃদ্ধি পাইলে, পরিশেষে অপ্টিক নার্ভ এবং রেটিনা প্রায়ই চুপসিয়া যায়। কখন কখন কোরইড পর্য্যন্তও পীড়িত হইয়া, ঐ সকল পিগমেণ্টের তলদেশে পাংশু অথবা পাংশু শ্বেতবর্ণ কলঙ্ক স্থাপন করে; এবং রেটিনো-কোরইডাইটিস রোগে কোরইড পর্য্যন্তও চুপসিয়া যায়। যাহাহউক, এই রোগের শেষাবস্থায় লেন্সের পশ্চাতে অস্বচ্ছতা জন্মে। কিন্তু, ভিট্রিয়স প্রায়ই পীড়িত হয় না।

পরিণাম ও চিকিৎসা।—৪০ বৎসরের অতিরিক্ত বয়সে এই রোগে রোগী অল্পে অল্পে প্রায়ই অন্ধ হইয়া থাকে। ইতিমধ্যে, কোনপ্রকার ঔষধে রোগ আরোগ্য হওয়া দূরে থাকুক, কিঞ্চিৎ উপশম পর্য্যন্তও হয় না। তবে, যে সকল কার্য্যে চক্ষুঃসংযোগ প্রয়োজন হইয়া থাকে, সেই সকল কার্য্য হইতে বিরত থাকিলে, এই রোগ স্থগিত থাকে। নীল বর্ণের ক্ম্যুজ চসমা

ব্যবহার এবং শারীরিক স্বাস্থ্যবিধান সর্ব্বতোভাবে প্রয়োজনীয়। অল্প মাত্রায় আইওডাইড অথবা ব্রোমাইড অব পোটাসিয়ম অথবা পারক্লোরাইড অব মার্কবি সেবন করিতে, এবং কপোলদেশ হইতে রক্ত মোক্ষণ করিতে, কেহ কেহ আদেশ করিয়া থাকেন। কিন্তু তাহাতে বিশেষ কোন উপকার প্রায় হয় না।

রেটিনার বিশ্লেষণ। (Detachment.)

এই রোগে সমস্ত অথবা কিয়দংশ রেটিনা কোরইড হইতে বিশ্লিষ্ট হইয়া আইসে। সচরাচর চক্ষুগর্ভের অধোদিকেই এই বিশ্লেষণ ঘটে।

কারণ।—মাইওপিয়া রোগে চক্ষু অতিশয় লম্বমান হইলে, ভিট্রিয়সের পরিমাণ হ্রাস হইলে, কোরইড এবং রেটিনার সন্ধিস্থলে রক্তস্রাব অথবা সিরস ইফিউসন ঘটিলে, অথবা কোরইডে টিউমার প্রযুক্ত এই রোগ ঘটে।

লক্ষণ।—প্রারম্ভ সময়ে, এই রোগের কোন লক্ষণ প্রকাশিত হয় না। রেটিনার উত্তেজনা প্রযুক্ত, রোগী মধ্যে মধ্যে কাল্পনিক অগ্নিস্ফুলিঙ্গ অথবা মিউসি প্রভৃতি চক্ষুর অভ্যন্তরে দেখিতে পায়। যাহাহউক, চক্ষুর যে পার্শ্বস্থ কোরইডের সংযোগ হইতে রেটিনা বিশ্লিষ্ট হয়, তদ্বিপরীত পার্শ্বস্থ দৃষ্টির বিনাশ এই রোগের প্রধান লক্ষণ। এই নিমিত্ত দৃশ্য পদার্থ সমগ্র দৃষ্ট না হইয়া, তাহার প্রান্ত, পার্শ্ব অথবা মধ্যস্থল মাত্র দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে। কখন কখন মস্তক উত্তোলন অথবা মস্তক সঞ্চালনের সময়ে, বিশ্লিষ্ট রেটিনা আলোড়িত হওয়ায়, দৃশ্য পদার্থ উর্দ্ধাধঃ বিকম্পিত বোধ হয়। কখন কখন বিশ্লিষ্ট রেটিনার স্তর সকলের বিশৃঙ্খলায় দৃশ্য পদার্থ অবনত, অথবা ছিন্ন ভিন্ন বলিয়া বোধ হইয়া থাকে। টিউমার প্রভৃতি জনিত হইলে, এই রোগে গ্লকোমা রোগের ন্যায় চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি ও বেদনা হয়। আর সিরম কিম্বা শোণিত নিঃসৃত হইয়া এই রোগ জন্মিলে, চক্ষুর বিতান ঈষৎ হ্রাস হইয়া পড়ে।

অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রে প্রত্যক্ষ উপায়ে পরীক্ষা করিলে, রেটিনার বিশ্লিষ্ট অংশ নীলাভ পাংশুবর্ণ এবং তদ্ব্যতীত অপরাপর অংশ সুস্থ বলিয়া বোধ হয়। রক্তশিরা সকল কৃষ্ণবর্ণ গ্রন্থিবৎ ও বিশৃঙ্খল হইয়া তদুপরি অবস্থান করে। চক্ষুর ইতস্ততঃ সঞ্চালনে উক্ত বিশ্লিষ্ট অংশও বিকম্পিত হইতে দেখা যায়।

অপরাপর অংশাপেক্ষা এই বিশ্লিষ্ট অংশ হইতে আলোক খরতবরূপে প্রতিফলিত হইয়া আইসে। অত্যল্প অংশমাত্র বিশ্লিষ্ট হইলে, অথবা রেটিনা কেবল বিশ্লিষ্ট হইতে আবস্ত হইলে, রক্তশিবা সকলের উচ্চাবচতা ভিন্ন অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা অপব কোন লক্ষণ অনুভূত হয় না। অধোদিকে বিশ্লেষণ ঘটিলে, কখন কখন অপ্টিক নার্ভ পর্য্যন্ত সমুদয় অধোদিক কোরইডের সংযোগ হইতে ক্রমে বিচ্ছিন্ন হইয়া পড়ে। কিন্ত, উর্দ্ধদিকে হইলে, উহা অধোদিকে শীঘ্র শীঘ্র বিস্তৃত হয়।

পরিমাণ।—এই বোগ প্রায়ই আবোগ্য হয় না। অধিকাংশ স্থলে, ক্রমে রোগের প্রকোপ বাড়িয়া চক্ষু একেবাবে অন্ধ হইযা ও কখন কখন চুপসিযা যায়। আঘাতাদি দ্বাবা বেটিনা স্বল্প পবিমাণে যৎসামান্য বিশ্লিষ্ট হইলে, তাহা কোন কোন স্থলে আবোগ্য হইয়া যাইতে পাবে। সাধারণতঃ একটী চক্ষুই এই রোগে আক্রান্ত হয। অতিরিক্ত মাইওপিয়া ও পোষ্টেরিয়াব ষ্ট্যাফিলোমা, স্কেবো-কোবইডাইটিস য্যাণ্টেরিয়ার, তবল ভিট্রিয়স প্রভৃতি স্থলে, উভয চক্ষুতে এই বোগ ঘটে। কখন কখন বিশ্লিষ্ট বেটিনা স্বযং ফাটিয়া তদন্তর্বর্ত্তী পদার্থ ভিট্রিয়সে বহির্গত হইযা পড়িলে, বেটিনা কোবইডে পুনর্মিলিত হওত এই রোগ আবোগ্য হইযা যায়; এবং দৃষ্টিবও তদনুরূপ সুবিধা ঘটে।

চিকিৎসা।—কোন প্রকাব ঔষধ প্রয়োগে অথবা সেবনে এই রোগ আরোগ্য হয় না। তবে কখন কখন বোগ স্বতঃ আবোগ্য হইযাছে। কোন কোন স্থলে, নিডল দ্বাবা রুগ্ন স্থান বিদ্ধ কবিলে ও তাহাতে কিছু দিনেব জন্য পুনর্দৃষ্টি ঘটিলেও এই অস্ত্রসাধন অতিশয দুরূহ। গ্লকোমা লক্ষণাক্রান্ত চক্ষু নিষ্কাশিত করাই শ্রেয়ঃ।

কৈন্দ্রিক আর্টারির এম্বোলিজম (Embolism)।

এই রোগে চক্ষু সহসা এরূপ অন্ধ হইয়া যায় যে, অন্ধকার হইতে আলোক পৃথক্ বোধ হয না। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বাবা পরীক্ষা করিলে, অপ্টিক ডিস্ক দুগ্ধফেনের ন্যায় শ্বেতবর্ণ দেখায়। কিন্তু উহাব স্বচ্ছতা প্রায়ই বিনষ্ট হয় না।

ডিস্কের উপরিস্থ রক্তশিরা সকল সঙ্কীর্ণকলেবর হয়। রেটিনার আর্টারি সকলও এত সঙ্কীর্ণ ও রক্তশূন্য হয় যে, উহারা ঠিক সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম শুভ্রবর্ণ সূত্রের ন্যায় দেখায়। রক্তশিরায় কখন কখন শোণিতকণা দেখিতে পাওয়া যায়।

উভয় চক্ষুতেই এই রোগ ঘটিতে পারে। কিন্তু সচরাচর এক চক্ষুতে ঘটে; এবং তাহাও কখন কখন আংশিক ঘটিয়া আংশিক দৃষ্টিনাশ করে। যে সকল রোগী হৃদ্‌পিণ্ডের এওর্টিক ভল্‌ভের পীড়া ভোগ করেন, অধিকাংশ স্থলে তাঁহারাই এই রোগাক্রান্ত হন।

এই রোগে অপ্টিক নার্ভ চুপসিয়া ও শুখাইয়া চক্ষু জন্মের মত অন্ধ হয় বলিয়া, এই রোগের অপরাপর বৃত্তান্ত বা চিকিৎসাদি নিষ্প্রয়োজন। তবে, একটী চক্ষু এই রোগে বিনষ্ট হইলে, সুস্থ চক্ষুটীও যে সেই কারণে বিনষ্ট হইবে, তাহার কোন প্রমাণ পাওয়া যায় না। আংশিক রোগে রোগের প্রারম্ভাবস্থায় নাইট্রেট অব এমিলের বাষ্প গ্রহণ করিলে, আর্টারি সকল শিথিল হইয়া অন্য পার্শ্বস্থ দৃষ্টিক্ষেত্র সুস্থ রাখিতে পারে।

রেটিনার আলোকাধিক্য জ্ঞান (Hyperæsthesia)।

পূর্ব্বে এই রোগ রেটিনাইটিস রোগ বলিয়া পরিচিত হইত; এবং তদনুরূপ চিকিৎসাদি দ্বারা বিশেষ বিপদ ঘটিত। যুবা ব্যক্তি, বিশেষতঃ যে সকল স্ত্রীলোকের স্বভাব স্বভাবতঃ উগ্র ও আশঙ্কিত, এবং যাহারা স্বভাবতঃ দুর্ব্বলশরীর, তাহারাই সচরাচর এই রোগাক্রান্ত হইয়া থাকে। বিদ্যুৎ ও গৃহদাহের আলোক নিরীক্ষণ, গ্রহণ সময়ে সূর্য্যমণ্ডল দর্শন, অধিক ক্ষণ উদ্দীপ্ত দীপালোকে অধ্যয়ন, অথবা আঘাতাদি দ্বারা এই রোগ জন্মিতে পারে।

আলোকভীতি, অশ্রুনিঃসরণ ও অক্ষিপুটের পুনঃ পুনঃ পলক পড়া এই রোগের লক্ষণ। চক্ষুতে বিলক্ষণ বেদনা বোধ হয়; এবং রোগী মধ্যে মধ্যে চক্ষুর সম্মুখে উজ্জ্বল ও কৃত্রিম তারকাবলি ও রঞ্জিত মণ্ডল প্রভৃতি আকাশকুসুমাদি দেখিতে পায়। দৃষ্ট পদার্থের জ্ঞান অধিকক্ষণ পর্য্যন্ত স্থায়ী হয়। এতদ্ব্যতীত চক্ষুর বাহ্য বা অভ্যন্তরের কোন বৈলক্ষণ্য ঘটে না। দৃষ্টি প্রায়ই অস্পষ্ট হয় না, এবং হইলেও তাহা নীলবর্ণের চসমা ব্যবহারে দূর হয়।

চিকিৎসা।—শারীরিক স্বাস্থ্যবিধান, রোগীকে সাহস প্রদান এবং যাহাতে রেটিনায় আলোকাধিক্য জ্ঞান না হয়, এই সকল উপায়ই ইহার চিকিৎসা। রোগীকে কিয়দ্দিবসের নিমিত্ত অন্ধকারগৃহে বদ্ধ রাখিয়া, নীল বর্ণের চসমা ও চক্ষুতে শীতল জল ব্যবহার করিয়া, ক্রমে ক্রমে আলোক সহ্য করিয়া লইতে আদেশ করা উচিত। অবস্থাবিশেষে, এই সঙ্গে সঙ্গে বলকারক ঔষধের ব্যবস্থা করাও উচিত।

অস্বচ্ছ স্নায়ুসূত্র (Opaque Nerve-Fibers)।—কখন কখন জন্ম হইতেই এক বা উভয় চক্ষুর স্নায়ুসূত্রের মেডিউলারি আবরণ ল্যামিনা ক্রিব্রোজায় শেষ না হইয়া রেটিনা পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়। ইহাতে পাপিলা হইতে রেটিনার ভিন্ন ভিন্ন স্থানে অস্বচ্ছতা দেখা যায়; এবং তজ্জন্য সেই চক্ষুর দৃষ্টিও তদনুরূপ বিনষ্ট হইয়া থাকে।

রেটিনার য়্যাট্রোফি (Atrophy)।

গ্লকোমা প্রভৃতি রোগে চক্ষুর আভ্যন্তরিক প্রদাহের শেষাবস্থায়, রেটিনা চুপসিয়া গিয়া থাকে। কখন কখন সমস্ত রেটিনা এত পাতলা হইয়া পড়ে যে, তলবর্ত্তী কোরইড স্পষ্ট অনুভূত হয়। রক্তশিরাসকল সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম সূত্রের ন্যায় সঙ্কীর্ণ অথবা একেবারে অদৃশ্য হইয়া যায়। অপ্‌টিক নার্ভও চুপসিয়া যায়। রেটিনা প্রদাহিত হইয়া চুপসিয়া যাইলে, উহা অস্বচ্ছ এবং ত্রস্ত কলঙ্কচিহ্ন দ্বারা ইতস্ততঃ আবৃত হয়। পরে, ক্রমশঃ পাতলা ও স্বচ্ছ হইতে থাকে। এই রোগে চক্ষু একেবারে যে অন্ধ হয়, তাহার চিকিৎসা অদ্যাপিও আবিষ্কৃত হয় নাই।

টিউমার।—গ্ল্যাওমা (Glioma)।

এই ভয়ানক টিউমার রেটিনার কনেক্টিভ টিস্যু হইতে উৎপন্ন হয়; এবং সংক্রামক বলিয়া, অপ্‌টিক নার্ভ দিয়া মস্তিষ্কেও তুল্যরূপ টিউমার উৎপাদন করিতে পারে।

লক্ষণ।—এই মেডিউলারি সার্কোমা রোগের প্রথমাবস্থায় দৃষ্টিবিনাশ এবং তারার প্রসারণ ব্যতীত অন্য কোন লক্ষণাদি প্রকাশ হয় না। কোন পার্শ্ব হইতে চক্ষুতে আলোক পতিত হইলে, অক্ষিগোলকের তলদেশ হইতে বিড়ালের চক্ষুর ন্যায় উজ্জ্বল পীতবর্ণ প্রতিফলিত হয় দেখিয়া, অক্ষিতত্ত্ববিৎ চিকিৎসকেরা এই রোগের বিদ্যমানতা অনুমান করেন। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিলে, উক্ত টিউমার ডিম্ব অথবা মণ্ডলাকারে কিয়দংশ রেটিনা অবরোধ করিয়া রহিয়াছে এবং তদুপরি রেটিনার রক্তশিরা সকল প্রবহমান থাকিয়া উহাকে বিলক্ষণ আরক্তিম করিয়াছে, দেখা যায়। টিউমার যতই বৃদ্ধি হইতে থাকে, সান্নিধ্যবর্ত্তী রেটিনা ততই বিশ্লিষ্ট হইয়া পড়ে। পরে, টিউমার ক্রমে ভিট্রিয়স শোষিত করিয়া, অক্ষিগোলকের সমুদায় অভ্যন্তর অবরোধ করত, লেন্স ও আইরিসকে কর্ণিয়ার অভিমুখে ঠেলিতে থাকে; এবং তাহাতে লেন্স অস্বচ্ছ ও কিয়দংশে টিউমারে শোষিত হইয়া পড়ে। চক্ষুর বিতান ইতি-পূর্ব্ব হইতেই বৃদ্ধি পাইয়া, এক্ষণে এত বর্দ্ধিত হয় যে, প্রবল প্রদাহের লক্ষ-ণাদি প্রকাশিত হইয়া, রোগী চক্ষুতে ভয়ানক যাতনা ভোগ করিতে থাকে। ক্রমে টিউমার কর্ণিয়া ভেদ করিয়া চক্ষুর বাহিরে দেখা দেয়; এবং শীঘ্র শীঘ্র ভেকছত্রের আকারে বর্দ্ধিত হইতে থাকে। মধ্যে মধ্যে তদুপরি হইতে রক্ত নির্গত হয়। অক্ষিপুট অতিশয় স্ফীত, বিস্ফারিত ও উল্টাইয়া যায়; এবং ঠিক রক্তবর্ণ মাংসপিণ্ডের ন্যায় দেখায়। যাহা হউক, পরিশেষে যাতনার আতিশয্যে এবং রক্তক্ষরণে রোগী ক্রমশঃ ক্ষীণ হইয়া অথবা মস্তিষ্কে রোগ সংক্রামিত হইয়া মেনিঞ্জাইটিস রোগে রোগীর মৃত্যু ঘটে। কখন কখন এই টিউমার অক্ষিগোলকের পশ্চাদ্দিকে স্ক্লেরটিক ভেদ করিয়া অক্ষিকোটরে উপনীত হয়। কিন্তু, সচরাচর কর্ণিয়া ভেদ করিয়া, উহা চক্ষুর বাহিরেই উদিত হইয়া থাকে।

শৈশবাবস্থায় অর্থাৎ সচরাচর ২ বৎসর হইতে দ্বাদশ বৎসর বয়স্ক বাল-কেরাই এই রোগে পীড়িত হইয়া থাকে। তদতিরিক্ত বয়সে ইহা প্রায়ই হইতে দেখা যায় না। যাহাহউক, এই টিউমার নিষ্কাশিত হইলেও উহা তথায় পুনর্ব্বার, অথবা অপর চক্ষুটীতেও উদিত হইতে পারে। কিন্তু, কোন কোন স্থলে, উহা পুনরুদিত হয় নাই, ইহার প্রমাণ প্রায় সকল গ্রন্থকার ও চিকিৎ-

সকই প্রদান করেন। এই টিউমার এরূপ দূষিত নহে যে, তদ্দারা শরীরস্থ দূরবর্ত্তী অঙ্গপ্রত্যঙ্গ পীড়িত, অথবা উদর কিম্বা গলনলী প্রভৃতি স্থানে তুল্য রূপ টিউমার উৎপন্ন হয়। ইহা জন্মজাত রোগ; এবং কখন কখন এক পরিবারস্থ বহু ব্যক্তি এই রোগে পীড়িত হয়।

পরিণাম ও চিকিৎসা।—প্রথমাবস্থায়, অপ্টিক নার্ভ পীড়িত হইতে না হইতেই, এবং টিউমার কর্ণিয়া ভেদ করিয়া চক্ষুর বাহিরে আসিতে না আসিতেই, চক্ষুকে নিষ্কাশিত করা এই রোগের ব্যবস্থা (অক্ষিকোটরের রোগ দেখ)। নতুবা, কালবিলম্বে এই রোগে রোগীর জীবনসংশয় হইতে পারে। অপিচ, চক্ষু-নিষ্কাশন সময়ে, অপ্‌টিক নার্ভের অতিপশ্চাৎ পর্য্যন্ত সমস্ত টিউমার উৎপাটিত করিয়া লইতে হয়। নতুবা, উহা পুনরুদিত অথবা মস্তিষ্ক প্রদাহিত হইতে পারে। চক্ষু নিষ্কাশিত করিয়া, অক্ষিকোটরের তলদেশে এবং সমস্ত গর্ত্তে বাতি ক্লোরাইড অব জিঙ্ক্ অথবা ক্লোরাইড অব জিঙ্ক পেষ্ট (১৭ ব্য) লাগাইয়া দেওয়া উচিত। ইতিপূর্ব্বে ভিট্রিয়স হিউ-মারের রোগ বর্ণনায় সিউডো-গ্ল্যাওমা রোগের বিবরণ (৩৪৯ পৃষ্ঠা দেখ।) দেওয়া গিয়াছে। তাহাকে এই রোগ বলিয়া ভ্রম করা উচিত নহে।

সিষ্ট্‌স।—বহু পূর্ব্বে বিনাশিত চক্ষুর রেটিনায় কখন কখন অনেকানেক সিষ্ট উৎপন্ন হইবার বিবরণ পাওয়া যায়। একপ চক্ষু নিষ্কাশিত করাই শ্রেয়ঃ।

ত্রয়োদশ অধ্যায়।

অপ্টিক্ নার্ভের রোগ।

এনাটমী।—উভয় চক্ষুর অপ্টিক নার্ভ তিনটী আবরণে জড়িত। উহারা প্রত্যেকে মস্তিষ্কের ডিউরা মেটার, এরাক্নইড এবং পায়ে মেটারের প্রবর্দ্ধন মাত্র। ডিউরা মেটারের প্রবর্দ্ধন বাহ্য এবং শক্ত। উহা অপ্টিক ফোরামেনের নিকটে নার্ভে জড়িত হইয়া স্ক্লেরটিকে মিশিয়াছে। উহার অন্তর্দ্দিকে এণ্ডোথিলিয়াল কোষস্তর এবং বহুসংখ্যক রক্তশিরা ও স্নায়ু আছে। মধ্যবর্ত্তী আবরণ এরাক্নইডের। ইহা সংযোজক টিস্যুর সূত্রে গঠিত এবং সেই সকল সূত্রগুচ্ছে এণ্ডোথিলিয়াল কোষস্তর আছে। অন্তর্ব্বর্ত্তী আবরণ পায়ে মেটারের। উহা কায়েজ্মা হইতে ল্যামিনা ক্রিব্রোজা পর্য্যন্ত অপ্টিক নার্ভে জড়িত এবং উহা দ্বারাও ল্যামিনা ক্রিব্রোজা গঠিত হয়। অফ্থ্যাল্মিক আর্টারি হইতে অপ্টিক নার্ভে শোণিত সঞ্চালন হয়। অল্প পরিমিত কোমল শিথিল সংযোজক টিস্যু এই অপ্টিক নার্ভের অভ্যন্তর ভেদ করিয়াছে। এই টিস্যুতে রেটিনার কৈন্দ্রিক আর্টারি এবং ভেইন রহিয়াছে। টিস্যু সমবেত এই রক্তশিরা সকল রেটিনায় বিস্তৃত হয়। অপ্টিক নার্ভের রক্তশিরা সকল মস্তিষ্ক হইতে আগত পায়ে মেটার হইতে এবং শর্ট সিলিয়ারি নার্ভের প্রত্যাগত শাখা সকল হইতে উদ্ভূত হয়। এই সকল স্থান হইতে উদ্ভূত কৈশিক শিরাসকল ল্যামিনা ক্রিব্রোজা প্রদেশে কোরইড হইতে আগত রক্তশিরা সকলের দ্বারা আবার দলপুষ্ট হইয়া থাকে। সুস্থ প্যাপিলার আকৃতি ও বর্ণাদি পূর্ব্বেই উক্ত হইয়াছে (৩৫ পৃষ্ঠা দেখ)।

প্যাপিলায় রক্তাধিক্য (Hyperæmia)।—এই রোগে প্যাপিলা উজ্জ্বল লোহিত বর্ণ এবং মকমলের ন্যায় আকৃতি গ্রহণ করে, এবং রসস্রাবে উহার সীমা বিশেষতঃ কোরইডে লগ্ন প্রান্ত অস্ফুট হইয়া পড়ে। ব্যক্তিভেদে

এবং একই ব্যক্তির ভিন্ন ভিন্ন অবস্থায় সুস্থ প্যাপিলার বর্ণ নানাবিধ হইয়া থাকে ; এবং চক্ষু পরীক্ষা করিবার উজ্জ্বল আলোকেও এইরূপ রক্তবর্ণ দেখায়। সুতরাং এই রোগ নির্ণয় করা সহজ নহে। তথাপি এই রোগে ডিস্ক উজ্জ্বল গোলাপী বর্ণ ও তাহার চতুঃসীমা মলিন হয়। সূক্ষ্মকার্য্যে চক্ষু অতিরিক্ত আকৃষ্ট করিয়াই এই রোগ ঘটে। এই রোগে তীক্ষ্ণ দৃষ্টির ব্যাঘাত না ঘটিলেও এই রোগ স্থায়ী হইলে, সচরাচর দৃষ্টির অস্পষ্টতা ঘটে। এরূপ রোগীর কর্ম্মকার্য্যাদির পরে, মাথা ধরে এবং চক্ষুর পশ্চাদ্দিকে বেদনা বোধ হয়। ঋতু বিশৃঙ্খলা, কোষ্ঠ নির্গমনে বিশৃঙ্খলা, উপরের চোয়ালের কোন ক্ষয়িত দন্তের উত্তেজনা প্রভৃতি কারণেও এই রোগ জন্মে। চক্ষুকে একেবারে বিশ্রাম না দিলে, এই রোগ প্যাপিলাইটিস রোগে পরিণত হয়।

অপ্টিক নিউরাইটিস্ (Optic Neuritis.)

অপ্টিক নার্ভের প্রদাহ রোগকে অপ্টিক নিউরাইটিস রোগ কহে। এই প্রদাহ সমস্ত নার্ভে অথবা উহার মস্তিষ্কের, অক্ষিকোটরের বা প্যাপিলার অংশে হয়। শেষোক্তস্থল এস্থলে বর্ণনীয়। মস্তিষ্কের সহিত অপ্টিক প্যাপিলার এরূপ গাঢ় সম্বন্ধ যে, শতকরা প্রায় ৭৫টী উভয় চক্ষুর নিউরাইটিস রোগ কেবল মস্তিষ্কের পীড়া প্রযুক্তই ঘটে (Papillitis)। এ দিকে, প্যাপিলার স্নায়ু নির্ম্মাণ এবং সংযোজক সূত্র সকল বর্দ্ধিত হইয়া রেটিনায় বিস্তৃত থাকে বলিয়া, প্যাপিলা কিছু দিন প্রদাহিত হইলে, তৎসঙ্গে রেটিনাও প্রদাহিত হয় (Neuro-retinitis)। এবম্বিধ রোগকে প্যাপিলাইটিস্ এবং নিউরো-রেটিনাইটিস রোগও বলে। পূর্ব্বে এই রোগ "চোক্‌ট ডিস্ক" নামেও উল্লিখিত হইত। প্যাপিলাইটিস রোগকে অবরোহী (ডিসেণ্ডিং) এবং নিউরো-রেটিনাইটিস রোগকে আরোহী (য়্যাসেণ্ডিং) রোগ কহে।

লক্ষণ। এই নিউরাইটিস্ রোগে সহসা উভয় চক্ষু যুগপৎ অথবা কিঞ্চিৎ অগ্রপশ্চাৎ সম অথবা ন্যূনাতিরিক্তভাবে সচরাচর আক্রান্ত হইয়া থাকে। চক্ষুর দৃষ্টি ক্রমশ বিনষ্ট ও দৃষ্টিক্ষেত্র ক্রমশ সঙ্কুচিত হইয়া রোগী কতিপয় দিবসের মধ্যেই সম্পূর্ণ অন্ধ অথবা অন্ধপ্রায় হয়। তারা কিঞ্চিৎ

প্রসারিত ও অক্ষম হয়। বর্ণজ্ঞান তত থাকে না। সময়ে সময়ে মস্তকে যাতনাবোধ এবং চক্ষুতে আলোক অসহ্য বোধ ভিন্ন অপর কোন বাহ্য লক্ষণ প্রকাশ পায় না; এবং মধ্যে মধ্যে দৃষ্টিসম্মুখে অগ্নিস্ফুলিঙ্গাদি বোধ হয়।

অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রে, ডিস্ক রক্তাভ পাংশুবর্ণ, ঘোলা ও অস্ফুট সীমাবদ্ধ এবং এবং স্ফীত হইয়া স্বাভাবিক ন্যুব্জ আকার ত্যাগ করত কুব্জ আকারে দেখায়। শিরা সকল অদৃশ্য হয় এবং ডিস্কের স্বচ্ছতা ও মসৃণতা নষ্ট হইয়া উহা মকমল বস্ত্রের ন্যায় খসখসে ভাব ধারণ করে। রেটিনার প্রদাহিত স্থানের ভেইন্স সকল প্রসারিত, কৃষ্ণবর্ণ, মন্থরগামী ও প্রাদাহিক নিঃসরণে নিমজ্জিত এবং আর্টারি সকল সূক্ষ্ম ও অদৃশ্য হয়; এবং কখন কখন ডিস্কের উপরিভাগে ও নিকটস্থ রেটিনায় রক্তস্রাবের ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র শ্বেতাভ চিহ্ন দেখা যায়।

কিছু দিনের পরে, প্রাদাহিক নিঃসরণ সকল ক্রমে শোষিত হইয়া যায়; এবং নিউরাইটিস রোগের বিশেষ বিশেষ লক্ষণ সকল অদৃশ্য হইতে থাকে। ডিস্ক কুব্জাবস্থা ত্যাগ করিয়া সমতল এবং সদ্যজাত নবনীতবৎ শ্বেতবর্ণ হয়। আর্টারি সকল সূত্রবৎ সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম হয়, কিন্তু ভেইন্স সকল অধিক দিবস পর্য্যন্ত বৃহৎ ও মন্থরগামী থাকে। এইরূপ পরিবর্ত্তনে চক্ষুদ্বয় ক্রমে একেবারে অন্ধ হয়, অথবা এরূপ অন্ধপ্রায় হয় যে, কেবল বৃহৎ বৃহৎ বস্তু জ্ঞান হয় মাত্র।

এই রোগ আরোহী এবং অবরোহী এই দুই ভাগে বর্ণিত হয়। অবরোহী অপ্টিক নিউরাইটিস রোগে, অপ্টিক প্যাপিলায় শোণিত রুদ্ধ হওয়ায়, উহা অতিরিক্ত স্ফীত, উন্নত ও বিষম নিঃসরণে আবৃত হয়। কিন্তু, নিউরো-রেটিনাইটিস রোগে তদ্রূপ দেখিতে পাওয়া যায় না। তাহাতে ডিস্ক প্রায়ই ঘোলা ও অস্ফুট সীমাবদ্ধ, এবং তদুপরিস্থ রক্তশিরা সকল প্রায়ই অদৃশ্য থাকে। যাহাহউক, নিউরাইটিস ও নিউরো-রেটিনাইটিস রোগের মধ্যে এই প্রভেদ যে, নিউরো-রেটিনাইটিস রোগে, অনেক দূরপর্য্যন্ত রেটিনা প্রদাহিত হয়, কিন্তু নিউরাইটিস্ রোগে রেটিনা প্রায়ই পীড়িত হয় না; এবং হইলেও ডিস্কের অতিনিকটবর্ত্তী অল্পমাত্র স্থান তাহাতে প্রদাহিত হয়। নিউরো-রেটিনাইটিস রোগে সমগ্র রেটিনার উপরিভাগের স্বচ্ছতা এরূপ বিনাশিত হয় যে, দেখিলে বোধ হয় যেন, সমস্ত চক্ষুগর্ভ ধৌত হইয়া গিয়াছে। এবম্বিধ

স্থলে, দুইটী চক্ষু পীড়িত না হইয়া, সচরাচর একটী চক্ষুই পীড়িত হইয়া থাকে।

কারণ।—অক্ষিকোটরে টিউমার অথবা মেনিঞ্জাইটিস প্রভৃতি মস্তিষ্কের কোন পীড়া বা আঘাতে অবরোহী শ্রেণীস্থ রোগ জন্মে। গর্ভাশয়ের কার্য্যবিশৃঙ্খলা, কিডনীর পীড়া, গ্লাইকোসিউরিয়া, মেলেরিয়া ও বাতশ্লেষ্ম-বিকার জ্বর, বাত, গর্ভাবস্থা, ডিফ্‌থীরিয়া, পচামাংস কিম্বা সিসা প্রভৃতি পদার্থ দ্বারা বিষাক্ততা, প্রখর সূর্য্যোত্তাপে শারীরিক পরিশ্রম ও অতিরিক্ত স্তন্যদান, ঋতুবিশৃঙ্খলা, রক্তাল্পতা প্রভৃতি দুর্ব্বলকারক পীড়ায়, আরোহী শ্রেণীস্থ নিউরাইটিস রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে। রেটিনাইটিস এবং কোরইডাইটিস্ রোগেও এবম্বিধ প্রদাহ জন্মে।

পরিণাম।—অপ্টিক্ নার্ভের প্রদাহ রোগ, বিশেষত মস্তিষ্কের পীড়া-জনিত হইলে, কোনরূপ চিকিৎসাদি দ্বারা আরোগ্য হয় না। অপ্টিক নার্ভ শুষ্ক হইয়া ও চুপসিয়া চক্ষু একেবারে অন্ধ হইয়া যায়। মেলেরিয়া জ্বর-জনিত স্থলে, অথবা নিউরো-রেটিনাইটিস রোগে, বিশেষত উপদংশসম্ভূত স্থলে, ঔষধাদি দ্বারা চক্ষুর দৃষ্টি আশা করা যাইতে পারে।

চিকিৎসা।—চক্ষুকে বিশ্রান্ত রাখা এবং রগে ব্লিষ্টারাদি প্রয়োগ করা, অপ্টিক নার্ভের প্রদাহ রোগের সর্ব্বত্রই প্রয়োজন হইয়া থাকে। অবরোহী নিউরাইটিস রোগে, মস্তিষ্কের যে যে পীড়া কারণে রোগ উৎপন্ন হইয়াছে, সেই সেই পীড়া উপশম করিবার আশয়ে ঔষধাদি প্রয়োগ হয় বলিয়া, কোন বিশেষ চিকিৎসা বিধিবদ্ধ হইতে পারে না। মস্তকে অতিশয় বেদনা থাকিলে, মর্ফিয়া অথবা য়্যাট্রোপীনের সহিত মর্ফিয়ার ত্বগধঃ পিচকারী বিশেষ উপকারক (২০৩,২০৪ ব্য)। অধিক মাত্রায় ব্রোমাইড্ অব পোটাসিয়ম ও আইওডাইড অব পোটাসিয়ম (২০ গ্রেণ) এবম্বিধ স্থলের প্রধান ঔষধ। কেহ কেহ পাইলো-কার্পাইন ক্লোরহাইড্রেট সলিউশন (১ ভাগ, জল ১০০ ভাগ) প্রত্যহ এক এক বার করিয়া ক্রমাগত ১০।১৫ দিন চর্ম্মনিম্নে পিচকারী দিয়া ও পরে ষ্ট্রীকনিয়ার পিচকারী দিয়া এই রোগাক্রান্ত অনেক অন্ধবৎ রোগীকে সম্পূর্ণ আরোগ্য করিয়াছেন। দিবাভাগে ব্রোমাইড এবং রাত্রিকালে ক্লোরাল বা ক্রোটন ক্লোরাল সেব্য। উপদংশ রোগের কোন লক্ষণ প্রকাশমান থাকিলে,

এই সঙ্গে সঙ্গে আইওডাইড অব পোটাসিয়ম, মার্করির বাষ্প গ্রহণ, কড লিভার অয়েল ও আইওডাইড অব আয়রণ ইত্যাদি ঔষধ (আইরাইটিস রোগের চিকিৎসা দেখ) তদুপশমনার্থে ব্যবহৃত হয়। পৈত্রিক উপদংশজ স্থলে আইওডাইড অব মার্করি উত্তম ঔষধ। মস্তিষ্কের উপদংশজ গমা প্রযুক্ত হইলে, গ্রিন আইওডাইড (২০৫ ব্য) উপকারক। মেলেরিয়া জনিত কোন কোন স্থলে, অল্প মাত্রায় কুইনাইন অথবা ষ্ট্রীকনিয়ার সহিত আর্সেনিক এবং আয়রণ প্রভৃতি ব্যবহার করা যায়। স্যালিসিন ও আইওডাইড অব পোটাসিয়ম দ্বারা বাত রোগের চিকিৎসা করিতে হয় (আইরাইটিস চিকিৎসা দেখ)।

নিউরো-রেটিনাইটিস রোগের কারণও বহুবিধ বলিয়া, সাবধান হইয়া রোগোৎপাদক কারণ অনুমান করত, উপদংশ সম্ভূত স্থলে, আইওডাইড অব পোটাসিয়ম অথবা তৎসঙ্গে সঙ্গে হাইড্রার্জ বাইক্লোরাইড (১১৭,১১৮,১১৯, ১২২ ব্য) আহারান্তে সেবনের ব্যবস্থা দেওয়া যায়। দুর্ব্বল রোগীর পক্ষে, দিবাভাগে অল্প মাত্রায় কুইনাইন মিকশ্চার সেবন এবং প্রাতঃসন্ধ্যা রগে হাইড্রার্জ বেলেডোনা অয়েণ্টমেণ্ট (১৩০,৭২ ব্য) মালিশ করিবার ব্যবস্থা কেহ কেহ দিয়া থাকেন। রজস্রাভাব হইয়া স্ত্রীলোকদিগের এই রোগ ঘটিলে, অধিক মাত্রায় আইওডাইড অব পোটাসিয়ম অথবা পারমাঙ্গানেট অব পোটাসিয়ম সেবনে বিশেষ উপকার দর্শে। কিন্তু, রক্তসংঘাত অথবা রক্তের অল্পতা, কি কারণে এই রজস্রাভাব হইয়াছে, তাহা অনুমান করত, শেষোক্ত স্থলে, কুইনাইন এবং আয়রণ প্রভৃতি বলকর ঔষধ (১৫১,১৫২ ব্য) এবং টিং ষ্টীলের সঙ্গে টিং আর্গট (১৪৩ ব্য) ব্যবস্থা করা যাইতে পারে। কিন্তু, প্রাত্যহিক নিয়মিতরূপে কোষ্ঠ পরিষ্কার হইবে বলিয়া, য়্যালোজ ঘটিত বটিকাদি সেবন করা বৈধ। রক্তসংঘাত প্রযুক্ত হইলে, জোলাপ দ্বারা কোষ্ঠ পরিষ্কার রাখা বিধেয়। এই অভিপ্রায়ে অল্প মাত্রায় পডোফিলিন বা ইউনিমীন প্রভৃতি বটিকা (৮৮,৮৯ ব্য) প্রতি দ্বিতীয় রাত্রিতে সেবনীয় হইয়া থাকে। দিবাভাগে, আইওডাইড এবং ব্রোমাইড অব পোটাসিয়মের সহিত সিঙ্কোনা বা চিরতার জল অথবা বোরাসিক মিকশ্চার (১৩২ ব্য) সেবন করা যাইতে পারে। শীঘ্র শীঘ্র অধিক দৃষ্টিবিনাশ ঘটিতেছে, এরূপ স্থলে, হাইড্রার্জ অয়েণ্টমেণ্ট প্রত্যহ প্রাতঃসন্ধ্যা

উরু ও বাহুমূলে মালিস করিয়া রোগীকে শীঘ্র শীঘ্র পারদের সম্পূর্ণ অধীনে আনা শ্রেয়ঃ।

মেলেরিয়া জ্বর, ডিফথীরিয়া অথবা অতিরিক্ত স্তন্যদানজনিত নিউরো-রেটিনাইটিস্ রোগে, কেবল ফেরি মিউরিয়েটিক ও সিঙ্কোনা অথবা অন্যান্য আয়রণ প্রভৃতি বলকর ঔষধ ব্যবহৃত হইলে, বিলক্ষণ উপকারের সম্ভাবনা আছে। এই সঙ্গে সঙ্গে রগে পাবদ ঘটিত ব্লিষ্টারও ব্যবহৃত হয়। এই সকল ঔষধের সাহায্যে আরোগ্য না হইলে, অপ্টিক নার্ভ চুপসিয়া রোগী যাবজ্জীবন সম্পূর্ণ অন্ধ হইয়া রহে। যেখানে রোগী হস্তমৈথুন করিয়া এক চক্ষুতে এই রোগ ভোগ করে, তথায় উক্ত কদর্য্য অভ্যাস পরিত্যাগ করিয়া আয়রণ ঘটিত ঔষধাদি সেবন করিতে হয়। সিসার বিষাক্ততায় হইলে, দন্তমূলের নীলবর্ণ দেখিয়া আইওডাইড অব পোটাসিয়ম প্রভৃতি ঔষধ সেবন করিতে হয়।

অপ্টিক নার্ভের য়্যাট্রোফি। (Atrophy)

এই রোগ গৌণ ও আদিম এই দুই ভাগে বর্ণিত হইয়া থাকে। গৌণ কারণজ স্থল সকল অপ্টিক নার্ভ অথবা মস্তিষ্কের যে যে পীড়ায় উৎপন্ন হয়, তাহা ইতিপূর্ব্বেই বর্ণিত হইয়াছে। মস্তিষ্কের পীড়া অথবা অক্ষিকোটরের টিউমার প্রভৃতি দ্বারা উভয় চক্ষুতে সচরাচর নিউরাইটিস রোগ হওত, অপ্টিক নার্ভ চুপসিয়া গিয়া থাকে। ইহাকেই প্রকৃত "হোয়াইট য়্যাট্রোফি" কহে। ইতিপূর্ব্বে অপ্টিক্ নিউরাইটিস্ রোগে উল্লিখিত হইয়াছে যে, য়্যাট্রোফি হইলে, অপ্টিক ডিস্ক শ্বেতবর্ণ হয়; উহার সীমা সম্পূর্ণ গোলাকার থাকে না, এবং সচরাচর কৃষ্ণবর্ণ পিগমেণ্টের চিহ্নে চিহ্নিত থাকে। ভেইন্স সকল প্রসারিত ও মন্থরগামী এবং আর্টারি সকল সঙ্কীর্ণ হয়। মস্তিষ্কের পীড়া-জনিত স্থলেই, এবম্বিধ শ্বেত য়্যাট্রোফি সুস্পষ্ট উপলক্ষিত হইয়া থাকে।

হোয়াইট য়্যাট্রোফি রোগের পরিপক্কাবস্থায়, উভয় চক্ষুরই অপ্টিক ডিস্ক মুক্তাশ্বেত, গোলাকার ও স্বাভাবিক অবস্থা অপেক্ষা কিঞ্চিৎ বৃহৎ ও সমতল বোধ হয়। উহার পরিধিভাগ স্ফুট ও সরল থাকে। রেটিনার ভেইন্স

সকলের প্রায়ই কোন পরিবর্ত্তন ঘটে না। কিন্তু, কোন কোন স্থলে, বিশেষতঃ নিউরাইটিস রোগজ স্থলে, উহারা বৃহৎ এবং প্রসারিত হয়। ডিস্কের উপরিস্থ সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম রক্তশিরা সকল অদৃশ্য হইয়া যায়। স্নায়ু-নির্ম্মাণ চুপসিয়া যাওয়ায়, ডিস্কের মধ্য স্থলে অপ্টিক নার্ভ কিঞ্চিৎ ঢালুভাবে মৃণ্ময় শরাব ন্যায় অগভীর টোল খাইয়া যায়। ইহাকেই য্যাট্রোফি-জনিত ডিস্কের গহ্বর কহে। এই গহ্বরের সহিত গ্লকোমা রোগজ মৃণ্ময় মালসার ন্যায় গভীর গহ্বরের প্রভেদ আছে।

আদিম য্যাট্রোফি রোগ স্বতঃই বর্দ্ধমান হয়। উহা মস্তিষ্কের উত্তেজনা-জনিত। উহাতে মস্তিষ্কের কোন পীড়ার যাতনা প্রভৃতি কোন লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে না। কিন্তু, দৃষ্টি ক্রমশঃ বিনষ্ট হইয়া অন্ধ হওয়া এবং দৃষ্টি-সম্মুখে অগ্নিস্ফুলিঙ্গাদি জ্ঞান এবম্ভূত রোগের লক্ষণ। মস্তিষ্কের পীড়াজনিত স্থলে, এই রোগে দ্রব্যাদির বর্ণজ্ঞান প্রায়ই থাকে না এবং তারা সম্পূর্ণ প্রসারিত ও কার্য্যাক্ষম থাকে। কিন্তু, স্পাইনাল কর্ডের পীড়াজনিত স্থলে, তারা সঙ্কুচিত হইয়া রহে।

অপ্টিক নার্ভের এই প্রোগ্রেসিভ অর্থাৎ স্বতঃবর্দ্ধমাণ য্যাট্রোফি যাহাতে চক্ষু প্রায়ই অন্ধ হয়, তাহা সচরাচর স্ত্রীলোক অপেক্ষা পুরুষদিগেরই হইয়া থাকে। অতিরিক্ত মস্তিষ্কচালনা এবং অনিয়মিতরূপে মদ্যপান, গাঁজা, চুরট ও অত্যুগ্র তামাকই ইহার কারণ বলিয়া উল্লিখিত হয়। ডাং ম্যাকনামারা ও লসন সাহেব বলেন যে, মদ্যপান, অতিরিক্ত স্ত্রীসংসর্গ, রাত্রিজাগরণ অথবা অবিশ্রান্ত মস্তিষ্কচালনা প্রভৃতি অনিয়ম সমবেত না হইলে, কেবল তামাকের ধূম পান করিয়া মস্তিষ্ক অথবা অপ্টিক নার্ভ পীড়িত হওত এই রোগ জন্মে না।

পরিণাম।—এই রোগের পরিণাম অতি অশুভ। কিন্তু কোন কোন স্থলে, পরিপক্কাবস্থাতেও চিকিৎসাদি দ্বারা কিঞ্চিৎ দৃষ্টি পুনঃপ্রাপ্ত হওয়া যায়। বিশেষতঃ কিঞ্চিৎ দৃষ্টি থাকিলে, তাহা আর অধিক বিনষ্ট হইতে পারে না। প্রথমাবস্থায়, পীড়ার অবস্থা বুঝা সুকঠিন। কিন্তু, ডিস্ক ক্রমে স্বাভাবিক অবস্থা অপেক্ষা শ্বেততর হইতে থাকে; এবং এই সময়ে যদি কনভেক্স কিম্বা কনকেভ চসমা দ্বারা দৃষ্টিদোষ দূরীভূত না হয় এবং দৃষ্টিসম্মুখে অগ্নিস্ফুলিঙ্গাদি জ্ঞান থাকে, তবে চিকিৎসাসত্ত্বেও রোগী প্রায়ই অন্ধ হইয়া রহে।

চিকিৎসা।—যে যে পীড়ায় রেটিনা এবং অপ্টিক নার্ভের য়্যাট্রোফি ঘটে, সেই সেই পীড়ায় এই বিষয়ের চিকিৎসাও বিবৃত হইয়াছে। স্বতঃবৰ্দ্ধমাণ য়্যাট্রোফি রোগ মস্তিষ্কের পীড়াকারণেই উৎপন্ন হয়। কিন্তু, এই মস্তিষ্কের পীড়া সকল অদ্যাপিও চিকিৎসাশাস্ত্রে অপরিজ্ঞেয় রহিয়াছে; সুতরাং এই রোগের চিকিৎসা অতি দুরূহ। তথাপি বাত, উপদংশ, মেলেরিয়া ও মেহ প্রভৃতি দূরবর্ত্তী কারণ সকল অনুসন্ধান করিয়া সেই সকল পীড়া উপশম করিলে, রোগীর অন্ধতাও নিবারিত হইতে পারে। কেহ কেহ এই রোগে ৬ঃ গ্রেণ ষ্ট্রীকৃনিয়া পিচকারী দ্বারা ত্বগধঃ প্রবেশিত করিয়া স্নায়ু-অঙ্গ সবল করিতে প্রয়াস করেন, এবং ক্রমে উহার মাত্রা বৃদ্ধি করিয়া ৬ঃ গ্রেণ পর্য্যন্তও প্রবেশিত করিতে বলেন। কিন্তু, ডাং লসন সাহেব বলেন যে, এইরূপ পিচকারিতে জীবনাশঙ্কা আছে। তিনি এক স্থলে, ২।৩ দিবস অন্তর কতিপয় বার এইরূপ পিচকারি ব্যবহারের পর, এক দিবস ৬ঃ গ্রেণ পিচকারিতে হস্তপদের ভয়ানক খেঁচুনি হইয়াছিল, ইহা উল্লেখ করিয়াছেন। ব্যাটারি প্রয়োগেও এই রোগে উপকার দেখা যায়। অন্যান্য চিকিৎসাদি য়্যামোরোসিস রোগে বর্ণিত হইবে।

ডিস্কের রক্তশিরায় রক্তসংঘাত।—এই রোগে রেটিনার কেন্দ্রস্থলবর্ত্তী ভেইনে পল্‌সেশন দেখিতে পাওয়া যায়। এই ভেইন সংহতরক্ত ও মন্থরগামী এবং ডিস্ক গাঢ় আরক্তিম হয়। দীর্ঘকালে এইরূপ সংহত রক্ত ডিস্ক মেদাপকর্ষে চুপসিয়া যায়। কোন কোন স্থলে, সিম্প্যাথেটিক উত্তেজনাক্রমেও এবম্বিধ অবস্থা ঘটিতে পারে। কিন্তু তাহা ক্ষণিক মাত্র। কোন প্রকার চিকিৎসা না করিলেও তাহা স্বয়ং আরোগ্য হইয়া যায়।

চিকিৎসা।—মস্তিষ্কে টিউমার, গ্লকোমা ও হৃদ্‌পিণ্ডের পীড়া প্রভৃতি যে যে কারণে এই রোগ উৎপন্ন হয়, তন্নিবারণ করা উচিত। চক্ষুর বিতানবৃদ্ধি খর্ব্ব করিবার আশয়ে, চক্ষুতে এসারীণ লোশন প্রদান ও আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন হইয়া থাকে।

কৈশিক শিরাসকলের রক্তাধিক্য।—এই রোগে অপ্টিক ডিস্ক গাঢ় গোলাপীবর্ণ এবং তাহার পরিধির সীমা অস্ফুট হয়। রেটিনার রক্তশিরা সকল অল্প বা অধিক পরিমাণে আরক্তিম হইয়া থাকে। তদ্ব্যতীত চক্ষুগর্ত্তের অপ-

রাপর অংশের কোন বিকৃতি ঘটে না। উহা সর্ব্বত্র সমভাবে ইষ্টকচূর্ণের বর্ণবৎ সুস্থাবস্থায় থাকে। কখন কখন ডিস্কের ২।১টী রক্তশিরা ফাটিয়া, তথায় রক্ত-স্রাবের অতি সূক্ষ্ম চিহ্নও দেখা যায়।

চক্ষুতে সর্ব্বদা, বিশেষতঃ কর্ম্মকার্য্যাদির পবে ভারবোধ ও ক্লান্তিবোধ এবং শিরঃপীড়ার লক্ষণাদি এই রোগেব বাহ্য লক্ষণ। অতিরিক্ত চক্ষুঃশ্রমজনক কার্য্যে, দৃষ্টিসম্মুখে অগ্নিস্ফুলিঙ্গ অথবা বিদ্যুতাদি দর্শনও এই বোগে ঘটে। রোগেব দমন না হইলে, ক্রমে এত দৃষ্টিনাশ হয যে, রোগী ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র অক্ষরাদি পাঠ কবিতে সমর্থ হয় না; এবং পরিশেষে দীর্ঘকাল পবে মস্তিষ্কের পীড়াদি দ্বারা দর্শন স্নায়ু চুপসিয়া, চক্ষু জন্মের মত অন্ধ হইয়া পড়ে।

কারণ।—অন্নবহনলী অথবা শরীরের অপব কোন স্থানেব সমবেদক উত্তেজনাই অনেক স্থলে এই রোগের কারণ বলিয়া গণ্য হইয়া থাকে। অতি-রিক্ত মদ্যপান এবং কুইনাইন সেবনেও মস্তিষ্কে ক্ষণিক অথবা ক্রমস্থায়ী রক্ত-সংঘাত হইয়া, উভয চক্ষুর দৃষ্টিনাশ ঘটিতে পারে। মস্তিষ্কের পীড়া সমবেত না হইলে, উভয চক্ষুব দৃষ্টিনাশ প্রাযই ঘটে না। ভাবতবর্ষ প্রভৃতি গ্রীষ্মপ্রধান দেশে সূর্য্যের প্রখর উত্তাপে শিবঃপীড়াদি ঘটিয়া, ডিস্ক্ ও রেটিনা সচরাচর আরক্তিম হইয়া থাকে। সুতবাং এতদ্দেশে সূর্য্যের উত্তাপ হইতে শবীর রক্ষা যদ্রূপ প্রযোজনীয, উহাব আলোক হইতে চক্ষুকে রক্ষা করাও তাদৃশ প্রয়োজনীয়। বোধ হয, প্রকৃতি দেবী এই নিমিত্তই এতদ্দেশবাসিদিগের আইরিস ও কোরইডে কৃষ্ণবর্ণ পিগমেণ্ট সঞ্চিত করিয়া রাখিয়াছেন।

চিকিৎসা।—কারণ অপনযনই এই বোগেব চিকিৎসা।

ইডিমা।—অপ্টিক নার্ভের ইডিমা বোগের বর্ণনাও আছে।

অপ্টিক নার্ভের য়্যাপোপ্লেক্সি (Apoplexy)।

বেটিনা পীড়িত না হইলে, অপ্টিক নার্ভ হইতে প্রায়ই রক্তস্রাব হয় না। যাহাহউক, হৃদ্পিণ্ড ও মস্তিষ্কই এই রোগের আদিম স্থল। মেলেরিয়া এবং ব্রাইট্স্ পীড়া প্রভৃতি স্থলেও রেটিনা এবং অপ্টিক নার্ভে রক্তস্রাবের চিহ্ন সকল দেখা যায়। এই সকল বিষয় রেটিনার পীড়াদিতে বর্ণিত হইয়াছে।

এই পীড়ায় রক্তস্রাবের অবস্থান এবং তাহার উৎপত্তি ও কারণ ইত্যাদি অনুধাবন করিয়া পরিণাম ও চিকিৎসা বিহিত হইয়া থাকে। হৃদ্‌পিণ্ড, কিড্‌নি ও মস্তিষ্ক প্রভৃতি দূরবর্ত্তী অবয়বের যান্ত্রিক বিশৃঙ্খলাজনিত চক্ষুর এই পীড়ার লক্ষণাদি অপনয়ন করা দুঃসাধ্য।

অন্যান্য রোগাদি।—সুস্থাবস্থায় অপ্টিক ডিস্কের প্রান্তভাগে কখন কখন যদ্রূপ পিগমেণ্ট সঞ্চিত থাকিতে দেখা যায়, পীড়া কারণেও কখন কখন তথায় উহা তদ্রূপ সঞ্চিত হইয়া থাকে। অপিচ, অপ্টিক নার্ভে টিউমার প্রভৃতি সচরাচর হইতে দেখা যায় না। হইলেও তাহা নির্ণয় করা অতি দুরূহ। কখন কখন অপ্টিক নার্ভের কোষ স্বভাবত অনচ্ছ থাকে; কিন্তু দৃষ্টির কোন ব্যাঘাত হয় না। এইরূপ অবস্থায় নার্ভ হইতে রেটিনা পর্য্যন্ত স্থান শ্বেতবর্ণ পক্ষিলোমের ন্যায় প্রাদাহিক কলঙ্কে কলঙ্কিত বলিয়া ভ্রম হয়।

চতুর্দ্দশ অধ্যায়।

রেটিনা ও অপ্টিক নার্ভের কার্য্যবিশৃঙ্খলা।

নিশান্ধতা (Night blindness or Nyctalopia)।—রাতকাণা রোগ হইলে, পরিষ্কৃত দিবাভাগে কিম্বা উজ্জ্বল দীপালোকে বিলক্ষণ দেখিতে পাওয়া যায়, কিন্তু প্রদোষ সময় হইতে নৈশ গগন যতই মলিন হইতে থাকে, রোগীর দৃষ্টি ততই বিনাশিত হইতে থাকে। অস্পষ্ট আলোকে দৃশ্যপদার্থ পাংশু অথবা ধূসর বর্ণে আবৃত বলিয়া বোধ হয়; এবং তজ্জন্য কেহ কেহ বলেন যে, নীল অথবা লোহিত বর্ণ অপেক্ষা শ্বেত, পীত ও হরিৎ বর্ণজ্ঞান এই রোগে সহজেই হইয়া থাকে। রেটিনাইটিস পিগ্‌মেণ্টোসা প্রভৃতি রোগেও রোগী রাত্রিকালে দেখিতে পায় না। কিন্তু নিশান্ধ রোগে, রেটিনার অবয়বে কোন পরিবর্ত্তন ঘটে না—উহার কার্য্যের বিশৃঙ্খলা হয় মাত্র। রেটিনায় শোণিত-সঞ্চালন ও আলোক-জ্ঞানের ব্যাঘাতে এই রোগ ঘটে। এই নিমিত্তই স্কর্ভিরোগ, দীর্ঘকাল পালা-জ্বরভোগ, কদর্য্যাহার, অর্দ্ধাশন ও উপবাস প্রভৃতি দ্বারা আমরা এই রোগপ্রবণ হইয়া থাকি। উজ্জ্বল আলোক উদ্দীপক কারণ মাত্র। নাবিক, সৈনিক এবং গ্রীষ্মপ্রধান দেশে যাহারা সচরাচর উজ্জ্বল আলোকে ও শীতপ্রধান দেশে যাহারা উজ্জ্বল বরফরাশির উপর দৃষ্টি রাখিয়া কায়িক পরিশ্রমে জীবিকা নির্ব্বাহ করে, তাহারাই অথবা রোগী জন্ম হইতেই এই রোগগ্রস্ত হইয়া থাকে।

অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিলে, এই রোগে রেটিনা, কোরইড অথবা অপ্টিক নার্ভ প্রভৃতি চক্ষুগর্ভস্থ অবয়বের কোন পরিবর্ত্তন লক্ষিত হয় না। বাহ্যতঃ চক্ষু জাবপথ্যালমিয়া রোগের লক্ষণাক্রান্ত হয়।

দিবান্ধতা (Hemaralopia)।—কোন কোন ক্যাটার্যাক্ট রোগের প্রারম্ভাবস্থায় এবং জন্মজাত কোন কোন ম্যাস্কিওপিয়া রোগে রোগী দিবা-ভাগে দেখিতে পায় না, কিন্তু রাত্রিকালে দেখিতে পায়। পূর্ব্বে নিশান্ধতা রোগ এই নামে আখ্যাত হইত।

চিকিৎসা।—যাহাতে শরীরের বলবৃদ্ধি ও পুষ্টিসাধন হইয়া থাকে, নিশান্ধতা রোগে এরূপ খাদ্য ও ঔষধের ব্যবস্থা সর্ব্বতোভাবে প্রয়োজনীয়। বলকারক ঔষধের মধ্যে, কডলিভার অয়েল সর্ব্বাগ্রগণ্য। কুইনাইন, টিং ষ্টীল ও ষ্ট্রীকৃনিয়া (১৩৮, ১৪০, ১৪২, ১৫২ ব্য) সাদরে ব্যবহৃত হইয়া থাকে। চর্ম্ম-নিম্নে ষ্ট্রীকনিয়ার পিচকারিও সময়ে সময়ে বিশেষ উপকার সাধন করে। পালা-জ্বরজনিত হইলে দীর্ঘকাল কুইনাইন সেবন করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। এট্‌কিন্স সিরপও ব্যবহৃত হইতে পারে। স্কর্ভি রোগের কোন চিহ্ন প্রকাশিত থাকিলে, যাহাতে অনাহারাদিজনিত শারীরিক দুর্ব্বলতা বিনষ্ট হয়, এরূপ আহারের সঙ্গে সঙ্গে প্রত্যহ ২।৪টী কমলা, ২।১টী কাগুচি অথবা পাতি লেবু খাইবার ব্যবস্থা দেওয়া উচিত। পাঁঠার মেট্‌লে (যকৃৎ) ঘৃতে ভাজিয়া খাইলে এই রোগে উপকার দর্শে। প্রতিদিন জলের সহিত ১৫ অথবা ২০ গ্রেণ সাইট্রেট অব পোটাস ২।৪ বার সেবনীয় হইতে পারে। এইরূপ ব্যবস্থার সঙ্গে সঙ্গে, যাহাতে রোগী উজ্জ্বল আলোক ভোগ না করে, এই অভিপ্রায়ে অন্ধকারগৃহে বাস, গাঢ় নীলবর্ণের চসমা ধারণ, অথবা দিবাভাগে একটী চক্ষু পর্দ্দা বা বস্ত্র দ্বারা আবদ্ধ রাখা অতীব প্রয়োজনীয়। দিবাভাগে চক্ষুটী আলোকস্পৃষ্ট না হইলে, রাত্রিকালে তদ্দ্বারা দেখিতে পাওয়া যায়। যাহাহউক, এই সকল নিয়মের বশবর্ত্তী হইলে এবং রোগী কিডনি, লিভার অথবা অন্য কোন যান্ত্রিক দুরারোগ্য রোগে রুগ্ন না থাকিলে, সকল ব্যক্তিই এই রোগ হইতে মুক্তিলাভ করিতে পারে। এই রোগে, ব্লিষ্টার প্রভৃতি অপ্রযোজ্য। চক্ষুতে প্রযোজ্য ঔষধের মধ্যে বাইক্লোরাইড অব মার্করী লোশন (২ গ্রেণ, জল ১ ঔন্স) অথবা এসারিন লোশন বিশেষ উপকারক। হনি এডি জেনস, ফ্রেডাবিকশল ও ভিচি প্রভৃতি প্রাকৃতিক জলও কোষ্ঠ পরিষ্কার রাখিতে প্রয়োজ্য হইয়া থাকে।

বরফজনিত অন্ধতা (Snow blindness)।—শ্বেতবর্ণ বরফরাশির উজ্জ্বল প্রভা চক্ষুতে সতত পতিত হইয়া রেটিনার আলোকজ্ঞানের তীক্ষ্ণতা বিনাশ করে; সুতরাং দৃষ্টিও বিনাশিত হয়। এই সঙ্গে সঙ্গে চক্ষুতে যন্ত্রণাও হয়। কিন্তু এই দৃষ্টিবিনাশ সাময়িক মাত্র। ডাং কেলি সাহেব কাশ্মীর হইতে লাডক যাইতে পথে অনেক সৈনিককে এই রোগাক্রান্ত হইতে দেখিয়া-

ছিলেন। এই রোগে চক্ষুতে ক্ষণে ক্ষণে বরফ অথবা সেঁক দিলে উপকার হয়। ১ঔন্স জলে ১ঔন্স টিং ওপিয়ম লোশন চক্ষুতে দিলে, যদিও কিঞ্চিৎ জ্বালা করে, কিন্তু পরক্ষণেই বিশেষ উপকার দর্শে। এই সঙ্গে চক্ষুতে শীতল জলের পটি লাগাইতে হয়; এবং ঘোর আকাশবর্ণের চসমা ধারণ করাও উচিত।

তাড়িতান্ধতা (Lightning blindness)।—বিদ্যুৎ ও অপরাপর অত্যুজ্জ্বল আলোকেও রেটিনার পূর্ব্বোক্ত অবস্থা ঘটিয়া চক্ষুর দৃষ্টিশক্তি ক্ষণিক বিনষ্ট হইতে পারে। গ্রহণসময়ে সূর্য্যদর্শন করিয়াও অনেকে এইরূপ অন্ধ হয়েন। উজ্জ্বল আলোকে সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম বস্তুর উপর সতত দৃষ্টি রাখিয়া কর্ম্মকার্য্য করিলেও এবম্বিধ দৃষ্টিনাশ ঘটে। যাহাহউক, এবম্বিধস্থলে গাঢ় নীলবর্ণের চসমা ধারণে চক্ষুকে বিশ্রান্ত রাখা, কড লিভার অয়েল প্রভৃতি বলকর ঔষধ সেবন করা এবং স্থলবিশেষে কখন কখন কপোলদেশে ব্লিষ্টার প্রয়োগ ব্যবস্থাসিদ্ধ হইতে পারে। বিপরীতাগত রেলওয়ে গাড়ীর হঠাৎ পরস্পরসংঘট্টনেও মনোবৃত্তি স্তব্ধ ও বিভীষিত হইয়া ক্ষণিক দৃষ্টিলোপ ঘটিতে পারে। এইরূপে অতিরিক্ত ক্ষুধা, বিভীষিকা ও আহ্লাদাদি দ্বারাও ক্ষণিক দৃষ্টিলোপ ঘটে।

বর্ণান্ধতা (Colour blindness)।—এই রোগে, দৃশ্য পদার্থের বর্ণজ্ঞান হয় না, অথবা অস্পষ্ট বর্ণজ্ঞান হয়। তদ্ব্যতীত দৃষ্টির অপর কোন ব্যাঘাত প্রায়ই ঘটে না। নীল, ধূসর অথবা হরিৎবর্ণ হইতে লোহিত, পাটল এবং পীতবর্ণ পৃথক বুঝা দুরূহ। এমত কি, কোন কোন স্থলে, শ্বেত ও কৃষ্ণ বর্ণ ব্যতীত অন্য কোন বর্ণজ্ঞান হয় না।

স্বাভাবিক অবস্থায়, মনুষ্য-চক্ষুতে ত্রিবিধ বর্ণ আছে। বোধ হয়, এই রোগে উহার কোন বর্ণের অভাব ঘটে। মস্তিষ্কের বিশৃঙ্খলাই এই রোগের কারণ বলিয়া গণ্য হয়।

এই রোগ পৈত্রিক অথবা জন্মসহানুবর্ত্তী। কিন্তু, যাহারা রঙ্গপরিচয় দ্বারা জীবনযাত্রা নির্ব্বাহ করে, তাহারা দীর্ঘকাল ঐরূপ বর্ণসমষ্টি পৃথককরণে নিযোজিত হইয়া, কখন কখন এই রোগগ্রস্ত হইয়া থাকে। অপ্টিক নিউরাইটিস প্রভৃতি রোগেও দৃশ্য পদার্থের অপ্রকৃত বর্ণজ্ঞান হইয়া থাকে। চক্ষুর এই রোগ দুরারোগ্য।

সমার্দ্ধ দৃষ্টি (Hemeopia)।—কখন কখন এক চক্ষুর দক্ষিণ এবং অপর চক্ষুটীর বাম পার্শ্বের দৃষ্টি যুগপৎ বিনষ্ট হইয়া যায়। কখন কখন বা কেবল এক চক্ষুর কর্ণ বা নাসিকাদিকের দৃষ্টি বিনষ্ট হয়। কিন্তু অপরার্দ্ধে কোন দৃষ্টিবৈলক্ষণ্য ঘটে না। অক্ষিগোলকের বাহিরে দর্শন স্নায়ুতে টিউমার ও রক্তস্রাব ঘটিয়া এই রোগ জন্মে। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিলে, এই অর্দ্ধদৃষ্টি রোগে, রেটিনায় কোনরূপ পরিবর্ত্তন লক্ষিত হয় না। কখন কখন অজীর্ণতা ও শিরঃপীড়া প্রভৃতি কারণেও কিছুদিনের নিমিত্ত এইরূপ অর্দ্ধদৃষ্টি ঘটিয়া থাকে। এই রোগ হেমিওপিয়া, হেমিয়ানপ্সিয়া বা হেমিয়ানোপিয়া নামে উল্লিখিত হয়।

চিকিৎসা।—অজীর্ণতা প্রভৃতি এই রোগের কারণ হইলে, তদুপশমের কোন উপায় না করিলেও উহা স্বল্পকালের মধ্যেই স্বয়ং উপশমিত হইয়া যায়। কিন্তু গুরুতর স্থলে, যেখানে মস্তিষ্ক পর্য্যন্ত পীড়িত হইয়াছে এরূপ বোধ হয়, তথায় সত্বর তজ্জন্য রোগ নিরাময় করিবার চেষ্টা দেখা উচিত। উপদংশজনিত স্থলে, ঔষধাদি দ্বারা এই রোগ উপশমিত হইতে পারে। কিন্তু, টিউমারজনিত স্থল প্রায়ই উপশমিত হয় না।

স্কটোমা। (Scotoma)।—ইহাতে রেটিনার কোন অংশ মাত্র কেবল আলোকজ্ঞান রহিত হয়। সুতরাং রোগী দৃষ্টিসম্মুখে সেই অংশকে একটী কৃষ্ণবর্ণ দাগ বলিয়া অনুমান করে। ইয়েলো স্পটের নিকটবর্ত্তী স্থান এইরূপ আলোকজ্ঞানবিবর্জ্জিত হইলে, পরিষ্কার দেখিবার আশয়ে, রোগী কিঞ্চিৎ টেরা হইয়া দর্শনকার্য্য সমাধা করে। কোন পুস্তকাদি পঠন সময়ে এই কৃষ্ণবর্ণ দাগ দৃষ্টির সঙ্গে সঙ্গে প্রত্যেক অক্ষরে স্থিরভাবে গমন করে; মিউসি রোগের ন্যায় ইতস্ততঃ সঞ্চালিত হয় না। কিন্তু, ইয়েলো স্পট এবং তথা হইতে দূরবর্ত্তী রেটিনা অল্পমাত্র এইরূপ আলোকজ্ঞানশূন্য হইলে, তদ্দ্বারা লিখন পঠনাদি নিকট দৃষ্টি প্রায়ই ব্যথিত হয় না। তবে দূরদর্শন সময়ে, দৃশ্য পদার্থের কোন না কোন অংশ কিঞ্চিৎ তমসাচ্ছন্ন বলিয়া বোধ হয়।

এই স্কটোমা জন্মজাত রোগ। জন্ম হইতেই রেটিনার উক্ত অংশের অভাব অথবা অসম্পূর্ণতা থাকে। কিন্তু, সচরাচর উহা রেটিনাইটিস অথবা কোরইডাইটিস রোগে উৎপন্ন হইয়া থাকে; এবং মদ্যপান, তামাক ব্যবহার

ও উপদংশ রোগ উহার কারণ বলিয়া গণ্য হয়। এবম্বিধ স্থলে, অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিলে, দেখা যায় যে, উক্ত স্থানস্থ রেটিনা হয় চুপসিয়া গিয়াছে, না হয় কোরইড হইতে প্রস্ত পিগমেণ্ট দ্বারা সমাবৃত রহিয়াছে, নতুবা উহার নিম্নদেশে সিরম পরিপূরিত রহিয়াছে। কখন কখন অপ্টিক নার্ভের শোণিত-সঞ্চালন এবং পরিপোষণের অভাব ঘটিয়া, অথবা মস্তিষ্কের কিয়দংশ বিনষ্ট হইয়া এই রোগ ঘটে। কিন্তু তত্তৎ স্থলে, অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা রেটিনার কোন বৈলক্ষণ্য অনুভব করা যায় না। গুরুতর মানসিক দুশ্চিন্তা অথবা দুর্ব্বল ও বিমর্ষকারক শারীরিক দীর্ঘস্থায়ী রোগের পরেই কখন কখন এবম্বিধ রোগ আবির্ভূত হয়। এবম্বিধ স্থলে, গাত্রে চিম্টী কাটিলে, রোগী তাহা অনুভব করিতে পারে না।

চিকিৎসা ও পরিণাম।—মস্তিষ্ক অথবা রেটিনা যৎপ্রযুক্তই এই রোগ ঘটুক না কেন, দীর্ঘকাল স্থায়ী হইলে, এই রোগ প্রায়ই দূরীভূত হয় না। স্বল্প দিনের হইলে, অক্ষিবীক্ষণ দ্বারা পীড়ার কারণ অনুমান করিয়া চিকিৎসাদি করিলে, এই রোগ কিঞ্চিৎ উপশমিত ও স্থগিত থাকিতে পারে। রক্তশোষক, কোষ্ঠপরিষ্কারক ও বলকারক ঔষধ এবম্বিধ স্থলে প্রযোজ্য। রক্তস্রাবপ্রযুক্ত এই রোগ ঘটিলে, যদি রক্ত শোষিত হইয়া যায়, তবে রেটিনার উক্ত অংশ পূর্ব্ববৎ স্বকার্য্য সাধন করিতে পারে।

মাইক্রপ্সিয়া (Micropsia) শব্দের অর্থ অণুদৃষ্টি। ইহাতে দৃশ্য পদার্থ প্রকৃত আকার অপেক্ষা অনেক ক্ষুদ্র দেখায়। কখন কখন সিলিয়ারি মসলের পক্ষাঘাতে ইহাই প্রধান লক্ষণ এবং কখন কখন উপদংশজ রেটিনাইটিস রোগে ও হিষ্টিরিয়া প্রযুক্ত য্যাম্বিওপিয়া রোগে রোগী এই বিষয়ে অভিযোগ করেন। মেগালপ্সিয়া (Megalopsia) অণুদৃষ্টির বিপরীত অর্থাৎ উহাতে দৃশ্য পদার্থ প্রকৃত আকার অপেক্ষা বৃহৎ দেখায়। মেটামর্ফপ্সিয়া Metamorphopsia) শব্দে দৃশ্য পদার্থের ইতস্ততঃ আনুমানিক নড়ন-চড়ন বুঝায়। ফটপ্সিয়া (Photopsia) শব্দে অতিরিক্ত আলোকবোধ। ক্রোমাটপ্সিয়া (Chromatopsia) শব্দে অতিরিক্ত বর্ণজ্ঞান এবং ইরিথ্রপ্সিয়া (Erythropsia) শব্দে অতিরিক্ত লোহিতবর্ণজ্ঞান। এই সকল স্থলেই রেটিনা অথবা মস্তিষ্কের দৃষ্টিকেন্দ্রে উত্তেজনা হইয়াছে বুঝা যায়।

ছানি তুলিলে, কখন কখন এই শেষোক্ত অবস্থা ঘটে। যে যে রোগে এই সকল লক্ষণ ঘটে, তাহা তত্তৎস্থলে উল্লিখিত হইয়াছে।

অন্ধতা ও দৃষ্টিহানি (Amaurosis & Amblyopia.)

পূর্ব্বে চক্ষুর অভ্যন্তরস্থ ভিট্রিয়স, কোরইড ও রেটিনা প্রভৃতি সকল অবয়বের পীড়ামাত্রই য়্যামোরোসিস্ ও য়্যাম্বি ওপিয়া এই দুই সাধারণ শব্দে কথিত হইত। দৃষ্টির সম্পূর্ণ বিনাশ ও দৃষ্টিহানি উহাদের বাহ্য লক্ষণ। কিন্তু, এক্ষণে অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র আবিষ্কৃত হইয়া, চক্ষুর অভ্যন্তরস্থ পীড়া সকল যথাযথ শ্রেণীতে বিভাজিত হইয়াছে; এবং রেটিনা, কোরইড, ভিট্রিয়স ও অপ্টিক নার্ভের পীড়াকারণে যে অন্ধতা ঘটে, তাহা তত্তৎ প্রকরণে বর্ণিত হইয়াছে। তবে অত্যল্প মাত্র স্থলে, যথায় মস্তিষ্ক অথবা স্পাইনাল কর্ড প্রভৃতির কোন পীড়া কারণে চক্ষুর অন্ধতা ঘটে ও চক্ষুতে তজ্জনিত কোন পরিবর্ত্তন প্রায়ই দেখা যায় না, তাহাই এক্ষণে এই য়্যামোরোসিস শব্দে উল্লিখিত হয়। কিন্তু এবম্বিধ স্থলেও অপ্টিক প্যাপিলার য়্যাট্রোফি ঘটিয়া থাকে। ক্রমশঃ ঝাপসা দৃষ্টির সাধারণ নাম য়্যাম্বি ওপিয়া অর্থাৎ য়্যামোরোসিস রোগের প্রথমাবস্থার নাম য়্যাম্বি ওপিয়া। এই অবস্থায় স্পষ্ট দৃষ্টি এত হ্রাস হয় যে, রোগী সেই চক্ষু দ্বারা ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র অক্ষরাদি পড়িতে পারেন না। কিন্তু বৃহৎ অক্ষরাদি দেখিতে ও ইতস্ততঃ গমনাগমন করিতে পারেন। দ্বিতীয়াবস্থায় এই য়্যামো-রোসিস রোগ ক্রমশ বৃদ্ধি পাইলে, কেবল অন্ধকার হইতে আলোকের প্রভেদ মাত্র বুঝিতে পারেন। কিন্তু, শেষাবস্থায় রোগী সম্পূর্ণ অন্ধ হয়েন,—আলোক-জ্ঞানাদি আদৌ থাকে না। ভয়ানক জ্বর, সন্তানপ্রসব ও স্তন্যদানাদি দ্বারা নার্ভের জীবনী শক্তির অভাব, অথবা কোন পীড়া, মদ্যপান, তামাক, গাঁজা, কুইনাইন ও লেড সেবন, ইন্দ্রিয়াশক্তি এবং চক্ষুঃশ্রম প্রভৃতি দ্বারা নার্ভের আলোকজ্ঞান শক্তির অভাব, এবং দন্তশূল প্রভৃতি দ্বারা নার্ভের উত্তেজনা প্রযুক্ত এই দৃষ্টিহানি রোগ ঘটে। উহা চক্ষুর কোন প্রদাহজনিত রোগ নহে। হঠাৎ আঘাত, বিদ্যুৎপাত, গ্রহণ সময়ে সূর্য্যের প্রতি দৃষ্টিনিক্ষেপ অথবা দীর্ঘকাল চক্ষু অবরুদ্ধ থাকিলেও ক্ষণিক দৃষ্টিহানি ঘটিতে পারে।

লক্ষণ।—কোন কোন স্থলে, এই য়্যামোরোসিস রোগে ক্রমশ দৃষ্টির বিনাশ ভিন্ন চক্ষু কিম্বা মস্তকের বেদনা অথবা শারীরিক অপর কোন বিশৃঙ্খলা কিছুই বুঝিতে পাওয়া যায় না। কিন্তু অপরাপর স্থলে, মস্তিষ্কের বেদনাদি কিয়দ্দিবস প্রবলরূপে প্রকাশিত অথবা চিরদিবস থাকিয়া, সম্পূর্ণ দৃষ্টিবিনাশ ঘটে। মস্তিষ্কের পীড়া জনিত স্থলে, তারা প্রসারিত এবং উভয় চক্ষুরই দৃষ্টিনাশ হয়। এবম্বিধ রোগীর উদ্‌ভ্রান্ত নেত্র দেখিয়াই আমরা মস্তিষ্কের পীড়া অনুমান করিতে পারি। কিন্তু স্পাইনাল কর্ডের পীড়াজনিত স্থলে, এক চক্ষুতেই এই পীড়া জন্মে ; এবং তারা সঙ্কুচিত হয়। দৃষ্টিক্ষেত্রের চতুষ্পার্শ্বে, অথবা সচরাচর পার্শ্বদিকে সঙ্কোচন এবং হেমিওপিয়া ও স্কটোমা প্রভৃতিও এই রোগের লক্ষণ। ঊর্দ্ধ ও অধোদিকে দৃষ্টিক্ষেত্রের অভাব এই রোগে অতিকদাচিৎ দেখা যায়।

কারণ।—রেটিনা, কোরইড এবং অপ্টিক নার্ভের যে যে পীড়ায় যে যে রূপ য়্যামোরোসিস রোগ উৎপন্ন হয়, তাহা ইতিপূর্ব্বে তত্তৎপ্রকরণে বর্ণিত হইয়াছে।

মস্তিষ্কে টিউমার, মস্তিষ্কের কোমলতা, মস্তিষ্কে রক্তস্রাব, মেনিঞ্জাইটিস ও হাইড্রোকেফালস, এম্বোলিজম, মস্তিষ্কে টিউবার্কল সম্বন্ধীয় পীড়া, মস্তিষ্কাধারে আঘাত, উপদংশ জনিত সঞ্চয় ইত্যাদি মস্তিষ্কের পীড়ায় এই রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে। য়্যালবুমিনিউরিয়া, উপদংশ, বহুমূত্র, রজোবিশৃঙ্খলা, হঠাৎ ঋতুলোপ, গর্ভাধান, স্তনদান, অতিরিক্ত রক্তস্রাব, মৃগী বা এপিলেপ্সী, মূর্চ্ছা, হিষ্টীরিয়া, হেমিপ্লিজিয়া, লোকোমোটর এটাক্সী এবং প্যারাপ্লিজিয়া ইত্যাদি রোগের সহিত এই রোগ অভ্যুদিত হইয়া থাকে।

কারণ ও পরিণাম।—চক্ষুতে আঘাত লাগিয়া রেটিনা বিশ্লিষ্ট হইলে, অথবা কোন পীড়া কারণে রক্তশিরা ফাটিয়া উহাতে রক্তস্রাব ঘটিলে এবং স্কটোমা প্রভৃতি রোগে, চক্ষুর আংশিক অথবা সম্পূর্ণ দৃষ্টিনাশ ঘটিয়া থাকে। এবম্বিধস্থলে, অপ্টিক ডিস্ক সুস্থাবস্থায় থাকিলেও সত্বর উপযুক্ত চিকিৎসা আরম্ভ করিলে, এই রোগ যে উপশমিত হইতে পারে, তাহা পূর্ব্বেই লিখিত হইয়াছে। এতদ্ব্যতীত স্থলের পরিণাম প্রায়ই অশুভ।

উদর, গর্ভস্থলী, অথবা শরীরের অপর কোন অঙ্গ হইতে রক্তস্রাব হইয়া,

রক্ত বমন করিয়া অথবা মস্তিষ্কে রক্তস্রাব ঘটিয়া বা দীর্ঘকাল অতিরিক্ত স্তন্য দুগ্ধ দান করিয়া অপ্টিক নার্ভ বা রেটিনার পরিপোষণের অভাব ঘটিয়া সহসা সম্পূর্ণ দৃষ্টিনাশ হইলে, তাহা প্রায়ই আরোগ্য হয় না।

হঠাৎ উভয় চক্ষু অন্ধ হইলে এবং অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রে চক্ষুগর্ভের কোন পরিবর্ত্তন দেখিতে না পাইলে, ইউরিমিয়া রোগের অনুমান করা যায়। কিড্‌নীর কার্য্য আবার সুচারু চলিলে চক্ষুও আরোগ্য হয়।

পূর্ণ গর্ভাবস্থায় কোন কোন স্ত্রীলোকের যে দৃষ্টিনাশ ঘটে, অক্ষিবীক্ষণে তাহার নিগূঢ়তত্ত্ব জানিতে না পারিলে, প্রসবান্তে উত্তম আহারাদি করিয়াও অনেক স্থলে, উহার শান্তি হয় না। কিন্তু, প্রথম গর্ভাবস্থায় হইলে, গর্ভ-বিনষ্ট করিলে দৃষ্টির আশা করা যায়।

নক্সভমিকা, সুরাসার, লেড্, গাঁজা, তামাক, আফিঙ্গ, কুইনাইন, বাইসল্‌-ফাইড অব কার্বন ও য়্যাট্রোপীন প্রভৃতি দ্বারা শরীর বিষাক্ত হইলে এবং বহুমূত্র রোগেও এই দৃষ্টিনাশ ঘটে। বিধিমত চিকিৎসা দ্বারা উহা আরোগ্য, অথবা সময়ে সময়ে বিলক্ষণ উপশম হইতে পারে। কিন্তু উহাতে যে যে স্থলে ডিস্ক চুপসিয়া যায়, তথায় পুনর্দৃষ্টি হওয়া সম্পূর্ণ অসম্ভব।

দীর্ঘকাল মদ্যপান, বিশেষত তাহাতে উপবাসাদি ঘটিলে, অথবা মদ্যপায়ীর মাংসাদি খাদ্যের অভাব ঘটিলে অর্থাৎ কদর্য্য আহারবিহারে আমা-দিগকে এই রোগপ্রবণ করে। পরে, সহসা কিঞ্চিৎ দৃষ্টিনাশ ঘটিয়া, কিছুকাল তদবস্থায় থাকে। অক্ষরাদি পাঠ করিতে বিলক্ষণ বাধা জন্মে; এবং দূরদৃষ্টি প্রায়ই বিনাশিত হয়। দৃশ্য পদার্থ শ্বেতাস্তরণে আবৃত বলিয়া বোধ হয়; কিন্তু সন্ধ্যার প্রাক্কাল হইলে অপেক্ষাকৃত কিঞ্চিৎ স্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায়। বর্ণবিভেদ জ্ঞান, বিশেষত লোহিত বর্ণজ্ঞান প্রায়ই রহিত হয় বলিয়া, বেগুণে ও পীত বর্ণ প্রায়ই লোহিত বলিয়া বোধ হয়। এই সময়ে, এবম্বিধ রোগী একটী দৃশ্য পদার্থকে পাশাপাশি দুইটী বলিয়া ভ্রমবোধ করে; এবং দৃষ্টি সম্মুখে প্রায়ই আকাশকুসুম দেখে। একটী তারা অপেক্ষা অপর তারাটী বক্রভাবে প্রসারিত থাকে। অপ্টিক প্যাপিলার বর্ণব্যত্যয় প্রায়ই ঘটে না। রক্তশিরা সকলের নিকটবর্ত্তী স্থানে এক প্রকার সিরম নিঃসৃত হইয়াছে বলিয়া বোধ হয়। আর্টারি সঙ্কীর্ণ এবং ভেইন্‌স বদ্ধরক্ত ও মন্থর-

গামী হয়। অধিক মাত্রায় আইওডাইড অব পোটাসিয়ম সেবন এবং সত্বর মদ্যপান পরিত্যাগ ইহার চিকিৎসা। নতুবা দীর্ঘকাল পরে, চক্ষু সম্পূর্ণ অন্ধ হইতে পারে। আকাশ-কুসুম উপশমনার্থে এসারীন প্রয়োগ বিশেষ উপকারক।

টাইফস ও স্কার্লেট প্রভৃতি বাতশ্লেষ্মবিকার জ্বরের পরেও চক্ষু সহসা ২।৪ দিবসের জন্য সম্পূর্ণ বা অসম্পূর্ণ দৃষ্টিরহিত হইয়া থাকে। অধিকাংশ স্থলে, চক্ষুর তারা কার্য্যক্ষম থাকে দেখিয়া, যতই কেন দৃষ্টিনাশ হউক না, তাহা পরিশেষে আরোগ্য হইয়া যায়।

হৃদ্‌পিণ্ডের পীড়া প্রযুক্ত শোণিত সঞ্চালনের বিশৃঙ্খলা ঘটিয়া অথবা অন্য কোন কারণে রেটিনা বিনষ্ট হইয়া অথবা উহার রক্তশিরা ফাটিয়া রক্তস্রাবে উভয় চক্ষুর দৃষ্টিবিনাশ ঘটিলে, তাহা সাধ্য রোগ। উভয় চক্ষুতে রক্তস্রাবের চিহ্ন থাকিলে, আমরা কিড্‌নির য়্যাল্‌বিউমিনিউরিয়া ও ডায়েবিটিস্ অর্থাৎ প্রস্রাবে য়্যাল্‌বুমেন ও শর্করার ভাগ অধিক বলিয়া সন্দেহ করিয়া থাকি। চিকিৎসাদি দ্বারা এরূপ স্থল আরোগ্য হয়।

হিষ্টীরিয়া প্রযুক্ত যুবতীদিগের কখন কখন এক বা উভয় চক্ষুতে য়্যাম্বিওপিয়া বা য়্যামোরোসিস রোগ জন্মে এবং অনেক দিন পর্য্যন্ত থাকিয়া হঠাৎ আরোগ্য হয়। ম্যাসেজ (Massage) বন্ধনই এই রোগের চিকিৎসা।

বেসিলার মেনিঞ্জাইটিস রোগেও জ্বর, শিরঃপীড়া, বেদনা ও বমন ইত্যাদি লক্ষণ সমুপেত হইয়া, অথবা মস্তিষ্কের ভূমিদেশে পেরিয়ষ্টাইটিস রোগ জন্মিয়া, অথবা টিউমার প্রভৃতি মস্তিষ্কের বহুবিধ পীড়াতে চক্ষু অন্ধ হইয়া থাকে। স্পাইনাল কর্ডের পীড়াতেও চক্ষুর দৃষ্টি আংশিক অথবা সম্পূর্ণ বিনষ্ট হয়। এবম্বিধ স্থলে, ডিস্ক্ চুপসিয়া না যাইলে, পুনর্দৃষ্টির আশা নিতান্ত দুরাশা নহে।

পরিশেষে ইহাও বক্তব্য যে, যে কোন কারণে দৃষ্টিনাশ হউক না কেন, যদি তারা আলোকে সঙ্কুচিত ও অন্ধকারে প্রসারিত হইতে সক্ষম হয়, তবে যে কোন উপায়ে হউক না কেন, পুনর্দৃষ্টি আশা করা যাইতে পারে। সৈনিক ও বন্দী প্রভৃতি কোন ব্যক্তি অন্ধতার ভাণ করিলে, এই উপায়েই তাহা পরীক্ষিত হইতে পারে।

যাহাহউক, রোগীর ইতিপূর্ব্ব রোগবৃত্তান্ত, দৃষ্টি ও দৃষ্টিক্ষেত্রের বিনাশের পরিমাণ ও স্থায়ীকাল, অপ্টিক ডিস্ক্ ও নার্ভের চুপসান অবস্থা, শিরঃপীড়াদির লক্ষণ, কিড্‌নি, যকৃৎ, পাকস্থলী ও গর্ভাশয়ের কার্য্যবিশৃঙ্খলা এবং বাত ও গর্ম্মি পীড়ার বিষয় বিশেষ অনুধাবন করিয়া শুভাশুভ পরিণাম নির্দ্দেশ করা এবং সুবিধাজনক স্থলে, তদনুযায়ী চিকিৎসা করা প্রত্যেক বুদ্ধিমান চিকিৎসকের অসাধ্য নহে।

চিকিৎসা।—রোগের আদিকারণ নির্ণয় না করিয়া বিবিধ অবসাদক ও দুর্ব্বলকারক ঔষধাদি প্রয়োগ করা নিতান্ত মূর্খতার কার্য্য। এরূপ স্থলে, টিং ষ্টীল অথবা তাহা কুইনাইন ও ষ্ট্রীকনিয়ার সহিত ব্যবস্থা করা অথবা ল্যাকটেট্ বা সলফেট অব জিঙ্ক প্রত্যহ ২।৩ গ্রেণ হইতে ৮।১০ গ্রেণ পর্য্যন্ত সেবন করিতে দেওয়া এবং পুষ্টিকর ও লঘুপাক খাদ্যের ব্যবস্থা করিয়া মদ্যপান, ইন্দ্রিয়সেবা, রাত্রিজাগরণ এবং লিখনপঠন প্রভৃতি কার্য্যে রত থাকিতে রোগীকে নিষেধ করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। অপিচ, রাত্রিদিন অধিক নিদ্রিত থাকিতেও রোগীকে পরামর্শ দিতে হয়। কোন ভয়ানক পীড়া এবং দীর্ঘকাল অতিরিক্ত স্তন্যদান প্রভৃতি দ্বারা দুর্ব্বলতা ঘটিয়া এই রোগ হইলে, উপর্য্যুক্ত বলকর ঔষধ অথবা গ্রিমণ্ট ও এটকিন্সের সিরপ ও টনিক, কড্ লিভার অয়েল, মণ্ট ও ডায়েলাইজ্‌ড আয়রণ, ফেলোজ সিরপ ও প্যারিশেজ কেমিক্যাল ফুড প্রভৃতি ঔষধ এবং পুষ্টিকর খাদ্য, ব্যায়াম ও বিশুদ্ধ বায়ুসেবন এবং স্রোতস্বতী নদীজলে স্নান ইত্যাদির ব্যবস্থা করা যাইতে পারে। কিন্তু রক্তের আধিক্য প্রযুক্ত হইলে, যাহাতে কিডনি, গাত্রচর্ম্ম এবং লিভার প্রভৃতি যন্ত্রের কার্য্যাদির কোন ব্যাঘাত না ঘটে, এরূপ ব্যবস্থা দিতে হয়। এই নিমিত্ত স্বেদনিঃসারক ও আকরিক লবণ জল (Saline Mineral Waters) প্রাতে সেবন এবং উষ্ণ জলে স্নান উপকারজনক। রগে জোঁক (কৃত্রিম বা জীবিত) বসাইয়া, সপ্তাহ অন্তর ২।৩ বার রক্তমোক্ষণ করিলে, এবম্বিধ স্থলে সচরাচর বিলক্ষণ উপকার দর্শে। রক্তমোক্ষণের পরক্ষণ হইতেই ২৪ ঘণ্টা পর্য্যন্ত অন্ধকার গৃহে আবদ্ধ থাকা উচিত। মদ্যপান-জনিতস্থলে, অধিক মাত্রায় আইওডাইড অব পোটাসিয়ম সেবন এবং মদ্যপান পরিত্যাগ এবং মদ্যপানে স্নায়ুর দুর্ব্বলতা ঘটিলে, দিবসে ২।৩ বার অধিক

মাত্রায (১৫।৩০ মিনিম) টিং ষ্টিল অথবা তৎসঙ্গে কুইনাইন ও ষ্ট্রীকনিয়া সেবনের ব্যবস্থা দেওয়া উচিত। কেহ কেহ মদ্যপানজনিত স্থলে, অধিক মাত্রায ব্রোমাইড অব পোটাসিয়ম সেবন করিতে এবং চক্ষুতে ক্যালাবারাইন অথবা এসারীণ প্রদানের অনুমতি দেন। মদ্যপান এবং তামাক সেবনজনিত স্থলে, চক্ষুতে পাইলোকার্পিন লোশন এবং স্যাণ্টোনীন ও ষ্ট্রীকনীন সেবন এবং মদ্যপানাদি হইতে বিরত থাকা বৈধ। ১৬ বা ২০ ঔন্স জলে ২ ড্রাম লাইকর ষ্ট্রীকনীন মিসাইযা ঔন্সমাত্রায সেবন বৈধ। কোন কোন স্থলে, ষ্ট্রীকনীন সেবনে পারদভক্ষণের ন্যায় মুখ হইতে লালা বহির্গত হইতে থাকে। তত্তৎস্থলে, উহা ব্যবহার করা উচিত নহে। এবম্বিধ রোগীর ভয়ানক অস্থিরতা এবং স্নায়ুপ্রবণতা নিবারণ করিতে ডিজিটেলিস অথবা হাযেসাযেমস্ ব্যবস্থিত হইয়া থাকে; এবং নিদ্রার নিমিত্ত রাত্রিকালে মর্ফিয়া সেবন অথবা মর্ফিয়ার ত্বগধঃ পিচকারি ব্যবস্থা করা যায়। গাঁজা, অথবা চুরট তামাকের ধূম্র গ্রহণে এই রোগ হইলে, তত্তদ্ব্যবহার একেবারেই পরিত্যাগ করা উচিত; এবং কেবল টিং ষ্টীল, অথবা তাহা কুইনাইন ও ষ্ট্রীকনিয়ার সহিত দীর্ঘকাল সেবন করিলে, অপ্টিক নার্ভ যৎসামান্য চুপসাইলেও এই রোগ নিশ্চযই আরোগ্য হইয়া যায়। লেড দ্বারা বিষাক্ত হইয়া এই রোগ হইলে, আইওডাইড অব পোটাসিয়ম এবং আফিঙ্গই তাহার সর্ব্বোৎকৃষ্ট ঔষধ। এবম্বিধ স্থলে, পুনর্ব্বার বিষাক্ত না হয়, এরূপ সতর্ক থাকিতে রোগীকে বলা উচিত। অধিক মাত্রায় কুইনাইন সেবন করিয়া মস্তিস্কে রক্তসংঘাত হওত যে দৃষ্টিবিনাশ ঘটে, তত্তৎস্থলে কখন কখন কৃত্রিম জোঁক দ্বারা কপোলদেশ হইতে রক্তমোক্ষণ করিয়া বিশেষ উপকার পাওয়া গিয়াছে। সেবনীয় ঔষধের মধ্যে ব্রোমাইড অব পোটাসিয়ম এবং এসিড হাইড্রোব্রোমিক ডিল ব্যবস্থিত হয়। চক্ষু অব্যবহৃত থাকায়, দৃষ্টির যে ক্ষীণতা জন্মে, তথায় দিবাভাগে সেই চক্ষুতে ২৪ ইঞ্চি ফোকসের কনৃভেক্স চসমা ব্যবহার করিয়া প্রত্যহ ২।৩ মিনিট কাল ব্যাপিয়া লিখনপঠনাদি কার্য্য সমাধা করিতে থাকিলে, সেই দোষ দূরীভূত হইয়া যায়। রেটিনার পক্ষাঘাত-জনিত স্থলেও কৃত্রিম জোঁক, ব্লিষ্টার ও ষ্ট্রীকনিয়ার ত্বগধঃ পিচকারী বিশেষ ব্যবহার্য্য। রক্তাল্পতা, অতিরিক্ত রক্তস্রাব, প্রসবান্তে ঋতুস্রাব, চক্ষুতে আঘাত রেটিনার আলোকজ্ঞান শক্তির অভাব এবং নিশান্ধতা প্রযুক্ত অথবা মদ্য ও

তামাক ব্যবহারে, এমত কি অপ্টিক নার্ভ চুপসিয়াও এই দৃষ্টিবিনাশ ঘটিলে, উপর্য্যুক্ত ষ্ট্রীকনিয়ার পিচকারী বিশেষ উপকারক। যে স্থলে এতদ্দ্বারা উপকার হয়, তথায় ২।৩ বারের পরেই পিচকারির উপকারিতা বুঝিতে পারা যায়। রগে অথবা বাহুতে প্রতিদিবস প্রথম প্রথম $\frac{1}{60}$ গ্রেণ লোশনের পিচকারি দিয়া, পরে উহার মাত্রা ক্রমে $\frac{1}{20}$ গ্রেণ পর্য্যন্ত বাড়াইতে হয়। ইহাতে হস্তপদের সহসা খেঁচন বা সুড়সুড়ানি, মস্তকে বেদনা, মস্তক ঘূর্ণন ইত্যাদি লক্ষণাদি ঘটিলে, এই পিচকারি ব্যবহার ২।১ দিন স্থগিত রাখা বিধেয়। কেহ কেহ দুই চারি দিবস অন্তর অল্প মাত্রায় পিচকারি ব্যবহার করিয়া, প্রত্যহ $\frac{1}{16}$ গ্রেণ নক্স ভমিকা বটিকাকারে সেবন করিতে ব্যবস্থা দেন।

ক্রণিক মেনিঞ্জাইটিস রোগের কোন প্রমাণ পাওয়া যাইলে, শোণিত-সঞ্চালনের (বিশেষত মস্তিষ্ক সম্বন্ধে) কোন অনিয়ম ঘটিলে এবং স্বাভাবিক ঋতুস্রাবের অথবা পদতলাদি গাত্রচর্ম্ম হইতে বায়ুত্যাগের অবরোধ ঘটিলে, তত্তৎ কারণ দূর করিবার চিকিৎসাদি করা উচিত। কর্ণপশ্চাতে ব্লিষ্টার অথবা জোঁক, রগে কৃত্রিম জোঁক, অথবা গ্রীবাদেশে সিটন লাগাইলে, সচরাচর প্রবল ও স্থায়ী শিরঃপীড়া সত্বর আরোগ্য হইয়া থাকে। এরূপ স্থলে, বিশেষত উপদংশ রোগের কোন বিবরণ পাওয়া যাইলে, আইওডাইড এবং ব্রোমাইড অব পোটাসিয়মের সঙ্গে সঙ্গে বাইক্লোরাইড অব মার্করি সেবনীয় হইতে পারে। গাত্রচর্ম্ম হইতে স্বাভাবিক উষ্ণ বায়ু নির্গমন সহসা অবরুদ্ধ হইলে, বিশেষতঃ দীর্ঘকাল শৈত্য ও বৃষ্টি ভোগ করিয়া পদতল হইতে উষ্ণ বায়ু নির্গমন রুদ্ধ হইলে, দৃষ্টির এবম্বিধ হানি হইতে পারে বলিয়া, ধীবর ও কৃষক প্রভৃতি ব্যক্তি সচরাচর এই রোগাক্রান্ত হইয়া থাকে। এবম্বিধ স্থলে, হট্ বাথ এবং স্বেদনিঃসারক ও মূত্রকারক ঔষধের সঙ্গে সঙ্গে, উষ্ণ ও উত্তেজক দ্রব্যাদি সতত ব্যবহার নির্দিষ্ট হইয়া থাকে।

লোকোমোটর য়্যাটাক্সি জনিত স্থলে, হাইপো-ফস্ফেট অব সোডার সহিত অর্দ্ধ গ্রেণ নাইট্রেট অব সিল্‌ভার ক্রমাগত মাসাবধি সেবন করিয়া, পরে ১০।২০ দিবস অন্যান্য আকরিক জল সেবন করত, পুনর্ব্বার উক্ত ঔষধ সেবন করিতে হয়। কষ্টিক ব্যবহারে মিউকস মেম্ব্রেণ অগ্রে পাংশুবর্ণ হয় বলিয়া, মধ্যে মধ্যে দন্তমাড়ি পরীক্ষা করিতে হয়।

শিশুপালন সময়ে স্তন্যদানে, বাতশ্লেষ্মাদি ভয়ানক জরাক্রমণ সময়ে এবং ডিফথিরীয়া রোগে, যদি শারীরিক ভয়ানক দুর্ব্বলতা প্রযুক্ত স্কটোমা আবির্ভূত হয়, তবে বলকর ঔষধ ও খাদ্যের ব্যবস্থা করিয়া, দৃষ্টির কিঞ্চিৎ উন্নতি হইতে থাকিলে, উগ্র শক্তির (+৪ হইতে +৬) কনভেক্স চসমা প্রত্যহ ২।৩ মিনিটের নিমিত্ত পরিধেয় হইয়া থাকে।

ঋতু লোপে দুই দিবস রাত্রিতে ১০গ্রেণ মাত্রায় স্যান্টোনীন সেবন এবং পর পর দিন প্রাতে সিটলিজ পাউডার দ্বারা জোলাপ দিলে ঋতু দর্শন হয়। এই সঙ্গে সঙ্গে পারমাঙ্গানেট অব পোটাস বটিকাকারে (৯৩ ব্য দেখ) সেবন করিতেও হয়।

যকৃৎ অথবা পরিপাক শক্তির বিশৃঙ্খলাজনিত স্থলে, পলনা, অথবা ভিক্টোরিয়া প্রভৃতি আকরিক জল বিশেষ উপকারক।

হিষ্টিরিয়া ও মৃগী এই রোগের কারণ হইলে, ঝরণায় স্নান ও ব্রোমাইড অব পোটাসিয়মের সঙ্গে টিং য়্যাসাফিডিটা পূর্ণমাত্রায় সেবন এবং ম্যালেরিয়া-জনিত স্থলে, কর্ণকুহরে ঘণ্টার শব্দবৎ শব্দ হইতে থাকিলে, তদুপশমার্থে প্রত্যহ ৩ বার ২০মিনিম মাত্রায় এসিড হাইড্রোব্রোমিক ব্যবস্থিত হয়।

অন্ধপ্রতারণা (Simulation of blindness)।

স্নায়ুপ্রবল বা হিষ্টীরিয়া অর্থাৎ মূর্চ্ছা রোগগ্রস্তা স্ত্রীলোক এবং কোন সৈনিক বা বন্দী এক চক্ষুতে অন্ধতার ভাণ করিলে (malingering), তাহা সহজেই ধরা যায়। উক্ত প্রতারককে কোন সন্দেহের কথা না জানাইয়া, তাহার কষ্টে বরং দুঃখিত হইয়া, তাহাকে কোন গ্রন্থাদি পাঠ করিতে দিতে হয়; এবং তৎসময়ে চক্ষু ও অক্ষরের মধ্যবর্ত্তী স্থানে একটী অঙ্গুলি বা এক গাছ রুল ধরিতে হয়। একটী চক্ষু অন্ধ হইলে, এই প্রক্রিয়ায় উক্ত গ্রন্থের সমস্ত পংক্তি পাঠ করিতে বাধা পড়ে; কিন্তু উভয় চক্ষুর দৃষ্টি সুস্থ থাকিলে, সে সমস্ত পংক্তি অনর্গল পড়িতে থাকিবে। মধ্যবর্ত্তী অঙ্গুলি দ্বারা তাহার দৃষ্টির কোন বাধা জন্মিবে না। ইহাতেও প্রতারণা ধরিতে অসমর্থ হইলে, রুল গাছটী অল্প এপাশ-ওপাশ এরূপ সরাইতে হয় যে, তাহাতে এক এক বার দুই চক্ষুর দৃষ্টি আটকাইতে পারে। প্রিজম চসমা দ্বারাও, এই কার্য্য সমাধা

হয়। সুস্থ চক্ষুটীতে উহার ভূমি কর্ণ বা নাসিকা দিকে রাখিতে হয়। চসমা খুলিয়া লইলে, যদি চক্ষু টেরার ন্যায় হয়, তবে উভয় চক্ষুতে দৃষ্টি আছে। ঊর্দ্ধ ও অধো দিকে চসমার ভূমি রাখিয়া দেখিলে, যদি দ্বিদৃষ্টি জন্মে, তাহা হইলে, উভয় চক্ষুতেই দৃষ্টি আছে। ষ্টেবিওস্কোপ দ্বারাও এই কার্য্য সমাধা করা যায়। ভিন্ন ভিন্ন নানা বর্ণ দেখাইয়াও এই প্রতারণা ধরা যায়। উভয় চক্ষুতে অন্ধতার ভাণ করিলে, চক্ষুর তারার সঙ্কোচন-প্রসারণ লক্ষ্য করিতে হয়। কারণ, সুস্থ চক্ষুর আইরিস আলোকস্পর্শে সঙ্কুচিত এবং অন্ধকারে প্রসারিত হয়।

পঞ্চদশ অধ্যায়।

আলোক ও দর্শনোপযোগিতার বিশৃঙ্খলা।

(Errors of Refraction and Accommodation.)

আলোক না থাকিলে, চক্ষু সর্ব্বাংশে সুস্থ ও নিরুগ্ন থাকিতেও আমরা দেখিতে পাই না। সূর্য্যাদি উজ্জ্বল স্থান হইতে আলোকরশ্মি চতুর্দ্দিকে প্রধাবিত হয়। কিন্তু এই গমনে উহারা বায়ুর মধ্য দিয়া যে বেগে ও যে অভিমুখে গমন করে, জল ও কাচ প্রভৃতি ঘনতর পদার্থের মধ্য দিয়া তদপেক্ষা মন্দবেগে ও কিঞ্চিৎ অন্য অভিমুখে গমন করে। অপিচ, সূর্য্যাদি দূরবর্ত্তী পদার্থ হইতে উহা সমান্তরভাবে আইসে।

আলোকরশ্মি কোন পদার্থোপরি পড়িলে, উহা হয় তথায় শোষিত হয়, নতুবা তথা হইতে প্রতিফলিত হইয়া প্রত্যাবর্ত্তন করে (reflected); অথবা যদি উহা ঐ পদার্থ ভেদ করিতে পারে এবং তাহা যদি ঠিক লম্বভাবে না পড়ে, তবে উহার গতিভঙ্গ (refracted) হয়। দর্পণাদি কোন চিক্কণ পদার্থে আলোক পড়িলে, উহা তথা হইতে প্রতিফলিত হয়।

চক্ষু ফটোগ্রাফির ক্যামিরা যন্ত্রের ন্যায় এক প্রকার যন্ত্র। উহার ভিতর আলোক এরূপে প্রবেশ করে যে, তাহাতে রেটিনার বাহ্য পদার্থের ক্ষুদ্র ও উল্টা আকৃতি পড়ে। এই আকৃতিপাতে রেটিনা যে উত্তেজিত হয়, তাহা অপ্টিক নার্ভ দিয়া মস্তিষ্কে উপনীত হয় এবং তাহাতেই দৃশ্য পদার্থের যথাযথ জ্ঞান হয়। রেটিনার অব্যবহিত নীচেই পিগমেণ্ট স্তর আছে। দৃশ্য পদার্থের আকৃতিপাত হইলেই উহা আলোক শোষিত করে। তাহা না করিলে, আলোক রেটিনার অন্যান্য অংশে প্রতিফলিত হইয়া চক্ষুতে ধাঁ ধাঁ লাগাইয়া দেয়; সুতরাং দৃষ্টির সমূহ ব্যাঘাত ঘটায়। ধবল বা শ্বেত কুষ্ঠ রোগাক্রান্ত ব্যক্তিদিগের চক্ষুতে এইরূপ ঘটে।

কর্ণিয়া, য়্যাকিউয়স, লেন্স ও ভিট্রিয়স ভেদ করিয়া আলোক রেটিনায়

পৌছে। এই সকল অবয়বের অভ্যন্তর দিয়া প্রবেশন সময়ে উহা ঠিক সরল ভাবে রেটিনায় পৌছিতে পারে না; গতিভঙ্গ হইয়া উপস্থিত হয়। উহার এই গতিভঙ্গকে (refraction) রিফ্রাক্‌শন কহে।

সুস্থ চক্ষু সম্পূর্ণ বিশ্রান্তাবস্থায় থাকিলে, সমান্তর রশ্মি সকল ঠিক রেটিনার রড এবং কোণ সকলে একত্র মিলিত হয়। সুতরাং যে সকল পদার্থ হইতে ঐ রশ্মি আইসে, তাহা সুস্পষ্ট দৃষ্টিগোচর হয়।

নিকটস্থ পদার্থ হইতে আলোকরশ্মি ক্রমবিস্তীর্ণভাবে গমন করে এবং রেটিনার পশ্চাদ্‌ভাগে কেন্দ্রায়িত হয়। কিন্তু, চক্ষুর অভ্যন্তরে এমত শক্তি আছে, যদ্দ্বারা ঐ সকল ক্রমবিস্তীর্ণ রশ্মি রেটিনায় কেন্দ্রায়িত হইতে পারে। নতুবা দৃশ্যপদার্থ স্পষ্ট দেখা যাইত না। চক্ষুর এই স্বৈর শক্তির নাম দর্শনোপযোগিতা (accommodation)। লেন্সের আকৃতি পরিবর্ত্তনেই উহা ঘটে। এই কারণে সমসূত্রপাতে দূরস্থ ও নিকটস্থ বস্তু এককালীন দর্শন করিলে, হয় নিকটস্থ নতুবা দূরস্থ বস্তু স্পষ্ট দেখা যায়। ইহাতে বুঝা যাইতেছে যে, নিকটস্থ বস্তু লইয়াই চক্ষুর দর্শনোপযোগিতা। এই নিকটদর্শন সময়ে তারা কিঞ্চিৎ ক্ষুদ্র হয়।

রেটিনস্কোপি (Retinoscopy) অর্থাৎ ছায়াপরীক্ষা দ্বারা চক্ষুর আলোকোপযোগিতা বুঝা যায়। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা প্রত্যক্ষ উপায়ে পরীক্ষা করিলেও এই কার্য্য সমাধা হইয়া থাকে। তথাপি অন্ধতার ভাণ করিলে এবং বালকদিগের পক্ষে, ইহা বিশেষ উপযোগী।

হোময়্যাট্রোপীন দ্বারা তারা পূর্ণপ্রসারিত করিয়া রোগী অন্ধকার গৃহে চেয়ারে উপবিষ্ট থাকিবেন। আলোক রোগীর পশ্চাতে ও মস্তকের উর্দ্ধদেশে এত দূরে থাকিবে যে, যেন সেই আলোকরশ্মি রোগীর মুখমণ্ডলে না পড়ে। অতঃপর পরীক্ষক রোগীর অতি সম্মুখে থাকিয়া অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রের দর্পণের মধ্য-ছিদ্রাভিমুখে রোগীকে তাকাইতে বলিয়া পরীক্ষণীয় চক্ষুতে আলোক প্রতি-ফলিত করিয়া চক্ষুগর্ভের লোহিতাভা দর্শন করিবেন।

একক্ষণে দর্পণখানি উর্দ্ধাধঃ স্থির রাখিয়া এপাশ ওপাশ অল্প ঘুরাইলে, তারার পশ্চাতে একটী ছায়া পৃথিবীর সমান্তরভাবে আসিতে দেখা যায়—উহা আই-রিসের ছায়া। এই ছায়ার কিনারা সরল অথবা অর্দ্ধচন্দ্রাকার। উহা উর্দ্ধাধঃ

অথবা য়্যাষ্টিগ্‌ম্যাটিজম থাকিলে, তির্য্যকভাবে আইসে। উক্ত কনকেভ দর্পণখানি দক্ষিণ দিকে ঘুরাইলে, যদি ঐ ছায়া দক্ষিণ দিক হইতে আইসে, তবে চক্ষু মাইওপিয়া দূষিত। আর বাম অর্থাৎ বিপরীত দিক হইতে আসিলে, চক্ষু হাইপারমিট্রোপিয়া দূষিত। দর্পণখানি সরল কাচের হইলে, ইহার বিপরীত; অর্থাৎ ছায়া দর্পণ ঘুরানর বিপরীতাগত হইলে, চক্ষু মাইওপিয়া দূষিত এবং একই দিক হইতে আগমন করিলে, হাইপারমিট্রোপিয়া দূষিত। এমাট্রোপিয়া এবং য়্যাষ্টিগ্‌ম্যাটিজম স্থলেও এইরূপে বিপরীতাগত ছায়া দ্বারা রোগনির্ণয় ও চসমার শক্তি জানা যায়।

মাইওপিয়া (Myopia) নিকটদৃষ্টি।

মাইওপিয়া রোগে চক্ষু লম্বমান থাকায় দূরাগত সমান্তর রশ্মিজাল রেটিনায় কেন্দ্রায়িত না হইয়া, রেটিনার সম্মুখে মিলিত হয়; সুতরাং রেটিনায়, দূরস্থ দৃশ্য পদার্থের প্রতিমূর্ত্তি সুস্পষ্ট প্রতিবিম্বিত না হওযায়, সেই দূরস্থ পদার্থ অস্পষ্ট অনুভূত হয়। কিন্তু, নিকট হইতে আগত রশ্মি সকল রেটিনায় কেন্দ্রায়িত হইতে পারে বলিয়া, নিকটস্থ বস্তু দর্শনে দৃষ্টির কোনরূপ অস্পষ্টতা জন্মে না। এই রোগে, চক্ষুর কোটরপ্রবিষ্ট গোলকার্দ্ধ বৃহত্তর হয়; এবং প্রায়ত অল্প বা অধিক পরিমাণে, বিশেষত মাইওপিয়া অধিক হইলে, পোষ্টেরিয়ার ষ্ট্যাফিলোমা রোগযুক্ত হইয়া থাকে।

চক্ষুর এই দোষ, পৈত্রিক, জন্মসহজাত অথবা স্বোপার্জ্জিত। পৈত্রিক হইলে, পিতা পিতামহাদিরও এই রোগের বিবরণ পাওয়া যায়। জন্মসহজাত স্থলে, সচরাচর ৮।৯ বৎসর বয়সের পরে এই দোষ জন্মে, এবং স্বোপার্জ্জিত স্থলে, যে সকল অল্পবয়স্ক ব্যক্তি (যে বয়সে চক্ষু ও অন্যান্য অঙ্গাদি পরিপুষ্ট হইতে থাকে) প্রতিদিবস লিখনপঠন কার্য্যে, অথবা জীবিকা নির্ব্বাহার্থে চাক্ষুষ কার্য্যে বহুক্ষণ পর্য্যন্ত ব্যাপৃত থাকে, তাহাদের চক্ষুতে এই নিকটদৃষ্টি দোষ ঘটে। শারীরিক অন্যান্য দোষের ন্যায় এই দোষও একবার ভোগ করিলে, পুত্রপৌত্রাদিক্রমে ভোগ করিতে হয়। সুতরাং বালকদিগের এই রোগ দৃষ্ট হইলে, এরূপ অনুমান করা যায় যে, সেই বংশের পূর্ব্বপুরুষেরা কোনরূপ বিদ্যানুশীলনে দীর্ঘকাল চক্ষুঃসংযোগ করিয়াছিল। মনুষ্য সমাজে

সভ্যতা ও লেখাপড়া শিক্ষার বৃদ্ধির সঙ্গে সঙ্গে মন, বুদ্ধি ও গুণের তীক্ষ্ণতার যত দোষ ঘটিতে পারে, তন্মধ্যে এই নিকটদৃষ্টিও এক প্রকার দোষ। সাঁওতাল প্রভৃতি অসভ্য পার্ব্বত্য জাতি এবং কৃষিজীবিগণ, যাহারা কোন সূক্ষ্ম শিল্প কার্য্যে নিয়ত স্থিরভাবে চক্ষুঃসংযোগ করে না, তাহাদের এই দোষ ঘটিতে দেখা যায় না। তবে কলিকাতা প্রভৃতি বহুজনাকীর্ণ নগরীতে, যথায় লোকে অল্পবয়সে সচরাচর সহজেই ইন্দ্রিয়পরায়ণ হইয়া উঠে, সংসার নির্ব্বাহার্থে কায়িক বা মানসিক অতিরিক্ত পরিশ্রমে লিপ্ত থাকে, এবং যথায় মলমূত্র প্রভৃতির পূতিগন্ধে গগনমণ্ডল প্রায়ই আচ্ছন্ন করিয়া থাকে, যথায় আমাদিগকে প্রতিনিয়ত ক্ষুদ্র বাসস্থানে আবদ্ধ থাকিতে হয় এবং প্রতিনিয়তই নিকটস্থ পদার্থোপরি দৃষ্টি রাখিতে হয়, তথায়ই কেবল এই নিয়মের কিয়দংশ ব্যতিক্রম দেখা যায়। ক্যাটারাক্ট, কর্ণিয়ার পাতলা অস্বচ্ছতা এবং কনিক্যাল কর্ণিয়া রোগের প্রারম্ভে কখন কখন মাইওপিয়া ঘটে। চক্ষুর পরিপোষণের ব্যাঘাত এবং মস্তকের গঠনবিশৃঙ্খলা প্রযুক্তও এই রোগ ঘটে।

এই রোগের আধিক্য হইলে, তারা ও চক্ষুর সম্মুখার্দ্ধ কিঞ্চিৎ বৃহত্তর, পুটদ্বয় কিঞ্চিৎ বিস্ফারিত ও অক্ষিগোলকের গতির কিঞ্চিৎ হ্রাস হয়; এবং নাসিকাভিমুখে দৃষ্টিনিক্ষেপে, অপাঙ্গ দেশে পুটসন্ধিস্থানের স্বাভাবিক নিম্ন স্থান সমতল হইয়া পড়ে। এই রোগে রোগী পাতা প্রায় মুদিত করিয়া দূরস্থ পদার্থ ভাল দেখিতে পায় বলিয়া, এই রোগের এই নাম হইয়াছে। যুবা ব্যক্তিদিগের তারা কিঞ্চিৎ বৃহৎ হয়; কিন্তু অধিক বয়সে তাহা থাকে না এবং তজ্জন্য দৃষ্টির সামান্য উন্নতি হয়। চক্ষুতে টনটনে বেদনা, ক্লান্তি, আলোকাসহিষ্ণুতা, প্রদীপাদি আলোকে চক্ষুর উত্তেজনা এবং মিউসি এই রোগের অপরাপর লক্ষণ।

অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা প্রত্যক্ষ উপায়ে অর্থাৎ অবজেক্ট লেন্স না লইয়া, চক্ষু পরীক্ষা করিলে, চক্ষু হইতে প্রায় ১৪।১৫ ইঞ্চি দূরে চক্ষুর গর্ত্তস্থ তলদেশের উল্টা আকৃতি দেখা যায়। কিন্তু, পরোক্ষে উপায়ে অর্থাৎ অবজেক্ট লেন্স লইলে, সোজা আকৃতি দেখা যায়। পরীক্ষক যদি কোন পার্শ্বে নিজ মস্তক সঞ্চালন করেন, অমনি রোগীর ডিস্ক এবং রেটিনার রক্তশিরা সকল অন্যতর পার্শ্বে সঞ্চালিত হইতে থাকে। এই ঘটনাই উল্টা আকৃতির প্রমাণ।

অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রের দৃষ্টিছিদ্রের পশ্চাতে এক এক খানি কনকেভ চসমা

বসাইয়া চক্ষু পরীক্ষা করিতে করিতে যদ্দ্বারা নিকটদৃষ্টি চক্ষুর গর্ভস্থ তলদেশের আকৃতি সোজা দেখা যায়, অর্থাৎ যে চসমা দ্বারা রোগীর ফণ্ডস স্পষ্টরূপে দেখা যায়, সেই চসমাই রোগীর নিকটদৃষ্টির পরিমাপ-ব্যঞ্জক। অবজেক্ট লেন্স ও অক্ষিবীক্ষণ দর্পণ উভয়ই ব্যবহার করিলে, সেই পরীক্ষায় অপ্টিক নার্ভ ও রক্তশিরা সকল নির্দ্দোষ চক্ষু অপেক্ষা ক্ষুদ্রতর ও উজ্জ্বলতর বলিয়া বোধ হয়। ডিস্ক কিঞ্চিৎ আরক্তিম ও রেটিনার রক্তশিরা সকল রক্তপূর্ণ বলিয়া বোধ হয়। অধিকাংশস্থলে, অপ্টিক নার্ভের নাসিকাদিকে পোষ্টেরিয়ার ষ্ট্যাফিলোমার শ্বেতমণ্ডলের চিহ্ন দেখিতে পাওয়া যায়। ইংরেজীতে ইহাকে মাইওপিক ক্রেসেন্ট (Myopic cresent) কহে।

রোগনির্ণয় ও চসমার উপকারিতা।—একখানি কৃষ্ণবর্ণ পুরু কাগজে আলপিন দিয়া একটী ছিদ্র করতঃ যদি রোগীর মুখমণ্ডল তদ্দ্বারা আবৃত করা যায়, এবং রোগী যদি সেই ছিদ্র মধ্য দিয়া দেখিয়া দৃষ্টির উন্নতি বুঝিতে পারেন, তবে চসমা ব্যবহারে দৃষ্টিদোষ আরাম হইতে পারে। দৃষ্টির উন্নতি না হইলে, অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা চক্ষুগর্ভের অবস্থা জানা উচিত। ঐ ছিদ্র দিয়া ২০ ফুট দূরে গ্যাসের আলোকে তাকাইলে, এবং সেই সময়ে কাগজ খানি শীঘ্র শীঘ্র নীচে-উপর অথবা এপাশ-ওপাশ সরাইলে, যদি আলোকটী নাচিতেছে এরূপ দেখায়, তবে চসমার উপকার হইবে এরূপ দৃষ্টিদোষ হইয়াছে জানা যায়। চক্ষুতে দৃষ্টিদোষ না থাকিলে, আলোকটী স্থির বলিয়া বোধ হইবে। ঐ কাগজে ⅙ ইঞ্চি দূরবর্ত্তী দুইটী ছিদ্র থাকিলে, চসমার উপকার না হয় এরূপ চক্ষু, আলোকটীকে একটী আলোক, এবং চসমায় উপকার হয় এরূপ দৃষ্টিদূষিত চক্ষু তাহাকে দুইটী আলোক বলিয়া দেখিবে। তবে, মাইওপিয়া দূষিত চক্ষু ২য় আলোকটীকে দক্ষিণ দিকে, এবং হাইপারমিট্রোপিয়া দূষিত চক্ষু বাম দিকে দেখিবে। মাইওপিয়া স্থলে, একটী ছিদ্র একখানি লাল বর্ণ কাচে ঢাকিলে, সেই ছিদ্রের লালবর্ণ আলোক অপর ছিদ্রের স্বাভাবিক হলদে আলোকের ৮ ইঞ্চি ব্যবধানে ৪০ ফুট দূরে দেখা যায়। সুস্থ ব্যক্তি, কুব্জ, ন্যুব্জ, ও হেলান চসমা দ্বারা এই সকল পরীক্ষার যাথার্থ্য প্রত্যক্ষ করিতে পারেন। রেটিনস্কোপি দ্বারা পরীক্ষায় ছায়া দর্পণ-সঞ্চালনের সমদিকে গমন করে।

চিকিৎসা।—কোন প্রকার ঔষধ সেবন অথবা প্রয়োগে, অথবা কোনরূপ আহার বিহারে, এই রোগ প্রায়ত আরোগ্য অথবা উপশমিত হয় না। উপযুক্ত ক্ষীণশক্তির কন্‌কেভ্ চসমা ব্যবহার করিলে, তদ্দ্বারা দূরস্থ বস্তু স্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায়, অথচ নিকট দৃষ্টিরও কোন ব্যত্যয় ঘটে না। কিন্তু, দৃশ্য পদার্থ স্বাভাবিক আকৃতি অপেক্ষা কিঞ্চিৎ ক্ষুদ্র ও দূরস্থ বলিয়া বোধ হয়। যাহাহউক, উভয় চক্ষুতে ভিন্ন ভিন্ন শক্তির চসমা প্রয়োজন হইলে, উভয় চক্ষুতেই ক্ষীণতর শক্তির চসমা ব্যবহার উপযুক্ত। মাইওপিয়া অল্প হইলে, কেবল দূরদর্শন সময়ে, এবং অধিক হইলে, অধ্যয়নাদির নিমিত্ত, ক্ষীণতর শক্তির, এবং দূরদর্শন অথবা ভ্রমণাদির নিমিত্ত তত্তৎসময়ে উগ্রশক্তির চসমা ব্যবহার পরামর্শসিদ্ধ। সাধারণ চসমায় কষ্টবোধ হইলে, নীল অথবা ধূসরবর্ণে অল্প রঞ্জিত চসমা ব্যবহৃত হইতে পারে। আই-গ্ল্যাস ও স্প্রিং চসমা সর্ব্বদা ব্যবহার করা উচিত নহে। আই-গ্ল্যাসে অপর চক্ষুটী টেরা হইয়া যাইতে পারে; এবং স্প্রিং চসমা সর্ব্বদা নাসিকার একই স্থানে পরিস্থিত হইতে পারে না বলিয়া, তাহাতে দৃষ্টির বৈলক্ষণ্য ঘটে। ডাং টরণবুল সাহেব বলেন যে, ললাটদেশে অত্যুগ্র টিং জিঞ্জিবার, (জিঞ্জিবার ১ভাগ, স্পিরিট ২ ভাগ) অথবা, টিং পেপার (পেপার ১ভাগ, স্পিট ২ভাগ Tinct Peperis Nig) লেপন করিলে, এই রোগে বিশেষ উপকার হয়। তিনি বলেন যে, এই রোগে দূরদর্শন সময়ে আইরিস প্রায়ই অধিক প্রসারিত হইয়া পড়ে। এই নিমিত্ত তিনি আইরিসকে সঙ্কোচ করিবার জন্য ও আলোক সরলভাবে চক্ষুতে প্রবেশের জন্য সমস্ত ললাটে এই টিংচার ঘর্ষণ করিতে বলেন। উহা ৫ম স্নায়ুর শাখা সকলে কার্য্যকর হইয়া থাকে। তিনি বলেন, ইহার উপকারিতা অতি চমৎকার। কোন কোন স্থলে, দৃষ্টি দ্বিগুণ দূরবর্ত্তী হয়। যেখানে আইরিস বিলক্ষণ প্রসারিত না থাকে, কিন্তু অতিশয় অলস থাকে, তথায় টিং পেপার ব্যবহারের আদেশ দেন। পরে যখন আইরিস বিলক্ষণ সঙ্কোচ-প্রসারণে সক্ষম হয়, তখন টিং জিঞ্জার ব্যবহার করিতে বলেন। তিনি বলেন, ইহাতে অতিশয় নিকটদৃষ্টি রোগগ্রস্ত রোগীও শীঘ্র এত উপকার পায় যে, সে আর তখন তাহার কন্‌কেভ চসমা ব্যবহার করে না। তিনি এই চিকিৎসার বড় গোঁড়া এবং তদনুরূপ করিতে উপদেশ দেন।

সামান্য মাইওপিয়া স্থলে, মাইওপিয়া বৃদ্ধি না হইয়া স্থগিত থাকিলে, ক্রমে অধিক বয়সে কখন কখন এই রোগ স্বয়ং একেবারেই তিরোহিত হইয়া যায়। কিন্তু সাধারণত অধিকাংশ যুবা ব্যক্তিরই মাইওপিয়া ক্রমশ বৃদ্ধি হইতে থাকে। আধিক্য হইলে, ক্রমে রোগ বৃদ্ধিতে চক্ষু উত্তেজিত, দৃষ্টি-ক্ষেত্রে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ভ্রাম্যমাণ কৃষ্ণবর্ণের (মিউসি) পদার্থ সঞ্চরণ ও অগ্নিস্ফুলিঙ্গাদি বোধ, অশ্রুনিঃসরণ, চক্ষু আরক্তিম ও লিখনপঠনাদি কার্য্যে চক্ষুতে কষ্টবোধ প্রভৃতি লক্ষিত হয়। এবম্বিধ স্থলে, চসমা ব্যবহার পরিত্যাগ করা কর্ত্তব্য। কেবল ক্ষীণবল চসমা দ্বারা সাংসারিক সাধারণ কার্য্যাদি সমাপন করা বিধেয় হইয়া থাকে। কর্ণপশ্চাতে ২।৩ দিবস অন্তর ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ব্লিষ্টার অথবা এক একটী জোঁক লাগাইলে, পূর্ব্বোক্ত উপদ্রব তিরোহিত হইয়া থাকে। চক্ষুতে মধ্যে মধ্যে শীতল জল অথবা কোন প্রকার য়্যাষ্ট্রীনুজেণ্ট ঔষধাদি ব্যবহার করা ও সর্ব্বপ্রকার কর্ম্ম-কার্য্যাদি হইতে চক্ষুকে নিয়ত বিশ্রাম দেওয়া উচিত।

যদি রোগী কোন উপযুক্ত চসমা দ্বারা ২০ ফুট অন্তর হইতে ২০ নং অক্ষর শ্রেণী স্পষ্ট অবলোকন করিতে অসমর্থ হয়, তবে সেই চক্ষুতে অপরাপর রোগও সমবেত হইয়াছে, এরূপ অনুমান করা যাইতে পারে। রেটিনার আলোকজ্ঞান হানিজনিত য়্যামোরোসিস, য়্যাষ্টিগ্‌ম্যাটিজম্‌, ক্রমশঃ বর্দ্ধিত পোষ্টেরিয়ার ষ্ট্যাফিলোমা, কোরইডের চুপসান অবস্থা, কর্ণিয়া ও ভিট্রিয়সের অস্বচ্ছতা, পৈশিক য়্যাস্থিনোপিয়া, কোরইড ও রেটিনা হইতে রক্তস্রাব এবং রেটিনার বিশ্লেষণ প্রভৃতি এই মাইয়োপিয়া রোগে উপসর্গ হইয়া থাকে।

উপদেশ।—অধোমুখে চক্ষুঃসংযোগ কার্য্যে, অথবা দৃশ্য পদার্থ চক্ষুর অতি নিকটে অথবা চক্ষু দৃশ্যপদার্থের অতি নিকটে লইয়া দর্শন করিতে সতত বিরত থাকা অতীব শ্রেয়ঃ। অধ্যয়ন সময়ে সরলভাবে উপবিষ্ট থাকিয়া অর্থাৎ মস্তক ও গ্রীবা নত না করিয়া, হস্ত দ্বারা পুস্তকাদি উত্তোলন পূর্ব্বক অধ্যয়নাদি করা কর্ত্তব্য। সর্ব্বদা ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র অক্ষর বিশেষত এক পৃষ্ঠায় ২।৩ স্তম্ভের পুস্তকাদি, অথবা যানাদি গমন সময়ে চক্ষু চঞ্চল হইলে, পাঠ করা উচিত নহে। বাস্তবিক যে সকল চক্ষুঃসংযোগ কার্য্যে কষ্ট উপস্থিত হয়,

তাহা করা কদাচ বৈধ নহে। বরং তত্তৎ সময়ে কিয়ৎক্ষণের নিমিত্ত বিশ্রামাদি দিয়া পুনর্ব্বার সেই কার্য্যে রত হওয়া উচিত। কৃত্রিম আলোকে বিশেষত বায়ুসঞ্চালিত দীপালোকে কোন চাক্ষুষ কার্য্য করা উচিত নহে। কৃত্রিম আলোকে কার্য্য করিবার সময়, যাহাতে আলোক দৃশ্য পদার্থোপরি পতিত হয়, অথচ চক্ষু আলোকিত না হয়, এরূপভাবে কোন কাগজাদি দ্বারা আবৃত আলোক, অথবা ঘর্ষিত কাচের ডোমের দ্বারা আবৃত দীপালোক অথবা মস্তকোপরিস্থ আলোক ব্যবহার করা উচিত।

চক্ষুর অতি নিকটে নির্দ্দিষ্ট চসমা প্রয়োজন মতে ব্যবহার করা উচিত। তদ্ব্যতীত লিখনপঠনাদি কার্য্যে অতিরিক্ত দৃঢ় নিপুণতায় চক্ষুঃসংযোগ করিয়া অধিকক্ষণ চসমা ব্যবহার করা উচিত নহে। সাধারণত বয়োবৃদ্ধির সহিত ক্রমশঃ অপেক্ষাকৃত ক্ষীণশক্তির চসমা প্রয়োজন হইয়া থাকে।

হাইপারমিট্রোপিয়া (Hypermetropia)।

হাইপারমিট্রোপিয়া মাইওপিয়ার বিপরীত। এবম্ভূত দূষিত চক্ষুর রেটিনায় কেন্দ্রোন্মুখ রশ্মি ভিন্ন সমান্তর আলোক রশ্মি কেন্দ্রায়িত হয় না। কিন্তু তাহা রেটিনার পশ্চাতে কেন্দ্রায়িত হইতে পারে; সুতরাং দূরপদার্থ স্পষ্ট দর্শন হয় না। যাহাহউক, কি নিকট, কি দূর, এবম্ভূত চক্ষুর দর্শনোপযোগিতা প্রায়ই বিনষ্ট হইয়া যায়; এবং হঠাৎ দেখিলে বোধ হয় যে, রোগী য়্যাম্ব্লিওপিয়া রোগগ্রস্ত হইয়াছে। এই রোগের বর্দ্ধিত অবস্থার নাম মাক্রপ্থ্যাল্মস (microphthalmos)।

এই চক্ষু নির্দ্দোষ সুস্থ চক্ষু অপেক্ষা ক্ষুদ্র হইয়া থাকে। বিশেষত চক্ষুর সম্মুখ হইতে পশ্চাতের ব্যাসরেখা ক্ষুদ্র হয় বলিয়া, চক্ষু কিঞ্চিৎ চেপ্‌টা হয়। এই রোগে রোগীর মুখমণ্ডল ও নাসিকাও চেপ্‌টা হয়।

অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা প্রত্যক্ষ উপায়ে চক্ষু পরীক্ষা করিলে, চক্ষু হইতে ১৪ ইঞ্চি দূরে চক্ষুগর্ভের সোজা প্রতিমূর্ত্তি অবলোকিত হয়; এবং পরীক্ষক যে দিকে মস্তক সঞ্চালন করিবেন, দর্শনীয় চক্ষুর ডিস্ক্ অথবা রেটিনার রক্তশিরা সকলও সেই দিকেই ধাবিত হইবেক। এই সময়ে, দর্পণের দৃষ্টিছিদ্রের পশ্চাতে লগ্ন রাখিয়া, সর্ব্বাপেক্ষা গুরুশক্তির যে চসমা দ্বারা চক্ষুগর্ভের সোজা

মূর্ত্তি স্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যাইবে, তাহাই হাইপারমিট্রোপিয়ার পরিমাণের সমতুল্য হইবে। পরোক্ষ উপায়ে চক্ষু পরীক্ষায়, অপ্টিক নার্ভ ও রক্তশিরা সকল নির্দ্দোষ অবস্থা অপেক্ষা কিঞ্চিৎ বৃহৎ বলিয়া বোধ হয়।

লক্ষণ।—প্রথমতঃ কোন প্রকার গুরুতর লক্ষণাদি আবির্ভূত হয় না; এবং দৃষ্টি অস্পষ্ট হইলেও তদ্দ্বারা রোগীর সাংসারিক কোন সাধারণ কার্য্যের ব্যাঘাত হয় না। কিন্তু, পরিশেষে য্যাস্থিনোপিয়া অথবা ষ্ট্রাবিস্মস রোগের লক্ষণাদি আবির্ভূত হয়। এই রোগ প্রায়ই পৈত্রিক এবং কখন কখন স্বোপার্জ্জিত হইয়া থাকে। স্বোপার্জ্জিত স্থলে, সচরাচর ৫০ বৎসর বয়স্ক বৃদ্ধ ব্যক্তি এই রোগাক্রান্ত হইয়া থাকেন; এবং তৎসঙ্গে সঙ্গে চাল্শে রোগও উপস্থিত হয়। এই নিমিত্ত রোগী, কি নিকট, কি দূর, সকল বস্তু দর্শনেই কনভেক্স চসমা ব্যবহার করেন। ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র অপেক্ষা বৃহৎ অক্ষরাদি চক্ষুর অতি নিকটে পড়িতে পারা যায়। লেন্স নিষ্কাশিত অথবা সম্পূর্ণ স্থানচ্যুত হইয়াও চক্ষু এই দোষে দূষিত হয়।

চিকিৎসা।—উপযুক্ত কনভেক্স চসমা ব্যবহারই এই রোগের চিকিৎসা। সর্ব্বদা ব্যবহারের নিমিত্ত ক্ষীণ শক্তির এবং প্রয়োজনমতে মধ্যে মধ্যে ক্রমশ গুরুশক্তির চসমা পরিবর্ত্তন, বিশেষত রাত্রিকালের নিমিত্ত অপেক্ষাকৃত গুরুশক্তির উপযুক্ত চসমা ব্যবহার করিলে, চক্ষুতে ক্লান্তি বোধ হয় না। রেটিনার সামান্য রক্তাধিক্য ভিন্ন অন্য কোন উপসর্গ না ঘটিলে, এই চসমা দ্বারা স্পষ্ট দৃষ্টির কোন ব্যাঘাত ঘটে না। চসমার উপযোগিতা স্থির করিতে হইলে, ২০ ফুট দূর হইতে ২০ নং অক্ষর শ্রেণীর স্পষ্টতা দর্শন করিতে হয়।

প্রেস্‌বায়োপিয়া (Presbyopia) চাল্‌শে।

বাস্তবিক ইহাকে রোগ শব্দে উল্লেখ করা বিধেয় হয় না। পক্ক কেশ, লোল গাত্রচর্ম্ম ও দন্তহীনতা প্রভৃতির ন্যায় ইহা এক প্রকার বার্দ্ধক্যজনিত চাক্ষুষ কষ্ট মাত্র। এই কষ্টের প্রারম্ভ সময়ে, আমরা ইতিপূর্ব্বে যে সকল অক্ষরাদি চক্ষু হইতে ১০।১২ ইঞ্চি দূরে বিলক্ষণ স্পষ্ট অধ্যয়ন করিতে পারিতাম, তাহা এক্ষণে তথায় অস্পষ্ট, কিন্তু তদপেক্ষা কিঞ্চিৎ দূরে স্পষ্ট অনুভূত

হয়; অথচ দূর-দৃষ্টির কোন বাধা ঘটে না। উহা বাল্যবৎ সমভাবে থাকে। কখন কখন হাইপারমিট্রোপিয়া প্রভৃতি রোগও এই রোগে সমবেত হইয়া থাকে; সুতরাং তত্তৎ বিষয়ের প্রতি মনোনিধান করা কর্ত্তব্য।

চালশে বাড়িতে থাকিলে, নিকটদৃষ্টিও ক্রমশঃ বিলুপ্ত হইতে থাকে। বিশেষত সন্ধ্যার প্রাক্কাল হইতেই যত রাত্রি হইতে থাকে, উহা তত বৃদ্ধি পায়; সুতরাং তদবস্থায় উজ্জ্বল আলোক ব্যতীত কর্ম্মকার্য্যাদি করা আমাদের দুষ্কর হইয়া উঠে। নিকট-দৃষ্টি সচরাচর ৮ ইঞ্চি অপেক্ষা দূরবর্ত্তী হয়। এবম্ভূত দূরদৃষ্টি গ্লকোমা রোগেও অনুভূত হয়। কিন্তু, তথায় অপরাপর লক্ষণ দ্বারা এতদুভয় রোগের পার্থক্য বুঝা যায়।

কারণ।—চক্ষুর দর্শনোপযোগিতার বিশৃঙ্খলা এবং লেন্সের বার্দ্ধক্য-জনিত পরিবর্ত্তনই এই প্রেসবায়োপিয়ার কারণ।

চিকিৎসা।—সাধারণ কার্য্যাদিতে দৃষ্টির অসমর্থতা ঘটিলেই, সময়ে এই অবস্থা স্বয়ং অপনীত হইতে পারে, এই ভাবিয়া উপযুক্ত কনভেক্স চসমা ধারণ করিতে কালবিলম্ব করা ভ্রম ও বৃথা কষ্টভোগ মাত্র। কারণ, এরূপ অবহেলায় কোন উপকার না হইয়া, বরং লিখনপঠনাদি কার্য্যে চক্ষুকে অতি-রিক্ত আকৃষ্ট করায়, সময়ে সময়ে চক্ষুতে ক্লান্তি ও উত্তেজনা ভোগ করিতে হয়। যে ক্ষীণশক্তির কনভেক্স চসমা দ্বারা রোগী ১নং অক্ষরশ্রেণী ১০ অথবা ১২ ইঞ্চি দূরে সহজে অধ্যয়ন করিতে পারে, এবং তদপেক্ষা গুরুশক্তির চসমা দ্বারা চক্ষুতে ক্লান্তিবোধ হয়, সেই চসমা ব্যবহার করাই শ্রেয়ঃ। প্রথম প্রথম রাত্রিকালে চসমা দ্বারা এবং দিবাভাগে চসমা ব্যতীত কর্ম্মকার্য্যাদি করা বিধেয়। কিন্তু যখন দিবাভাগেও চসমার প্রয়োজন হয়, তখন রাত্রি-কালের ব্যবহারোপযোগী উক্ত চসমা দিবাভাগে এবং অপর একখানি অপেক্ষাকৃত গুরুশক্তির চসমা রাত্রিকালের নিমিত্ত ব্যবহার করা উচিত। রাত্রি ও দিবাভাগে চসমা পরিবর্ত্তনের এই নিয়ম।

পুনর্দ্দৃষ্টি (Second-sight)।—চালশে দোষগ্রস্ত প্রৌঢ় ব্যক্তির পক্ষে কখন কখন ইহাও ঘটে যে, কিছুকাল চসমা ব্যবহার করিয়া, পরিশেষে চসমা ত্যাগ করিলেও তজ্জন্য দৃষ্টির আর কোন বাধা ঘটে না। বিনা চসমায়, অক্লেশে পূর্ব্ববৎ বিলক্ষণ লিখিতে পড়িতে পারা যায়। এরূপ ব্যক্তির তারা

অস্বাভাবিক ক্ষুদ্র থাকে; সুতরাং তজ্জন্য কেবল কৈন্দ্রিক রশ্মি সকল চক্ষুগর্ভে প্রবিষ্ট হয়, এবং তাহাতে আলোক কেন্দ্রান্বিত হইবার কোন প্রয়োজন হয় না।

বৃদ্ধবয়সে নিকটদৃষ্টি (Myopia senilis)।—বৃদ্ধ ব্যক্তিদিগের কখন কখন এরূপও ঘটে যে, তিনি ইতিপূর্ব্বে চালশে দোষের নিমিত্ত যে কনভেক্স চসমা ধারণ করিয়াছিলেন, এক্ষণে সে চসমা ত্যাগ অথবা তৎপরিবর্ত্তে কনকেভ চসমা ধারণ করিলে দৃষ্টির সমূহ উন্নতি হয়। ছানি হইবার উপক্রমে এই ঘটনা ঘটে। এই সময়ে যদি চক্ষুর মণি অধিক ন্যুব্জ হয় এবং তাহার কেন্দ্রস্থান স্বচ্ছ থাকে, তবে ছাপার অক্ষর সাধারণ কনভেক্স চসমা ব্যতীতও অক্লেশে স্পষ্ট পড়িতে পারা যায়। ইহাও পূর্ব্বোক্ত পুনর্দৃষ্টির আর একটী উদাহরণ।

নিম্নলিখিত বয়সে নিম্নলিখিত চসমা প্রায়ই রোগীর উপযুক্ত হইয়া থাকে।

বয়স	ডায়প্টার	ফ্রেঞ্চ ইঞ্চিতে নম্বর	ইংলিশ ইঞ্চিতে নম্বর
৪৫	+১	৩৬	৪০
৫০	+২	১৮	২০
৫৫	+৩	১২	১৩
৬০	+৪	৯	১০
৬৫	+৪.৫	৮	৯
৭০	+৫.৫	৬½	৭
৭৫	+৬	৬	৬½
৮০	+৭	৫½	৫¾

য়্যাষ্টিগ্ম্যাটিজম (Astigmatism)।

এই রোগে চক্ষুর কোন কোন অংশ সুস্থবৎ থাকিয়া, অপরাপর অংশে মাইওপিয়া বা হাইপারমিট্রোপিয়া দোষ ঘটে। কখন কখন চক্ষুটীর একস্থানে মাইওপিয়া অপর স্থানে হাইপারমিট্রোপিয়া অথবা উভয়দিকেই গুরুলঘুভাবে মাইওপিয়া বা হাইপারমিট্রোপিয়া জন্মিতে পারে। কর্ণিযার কুব্জতার ব্যতিক্রমে উভয় চক্ষুতে এই রোগ জন্মে। যাহাহউক, আলোকোপযোগিতার এই নিয়ম-বিপর্য্যয়ের নাম য়্যাষ্টিগ্ম্যাটিজম।

কর্ণিয়া ও লেন্সের কুব্জতার ব্যতিক্রমে ইহা নিয়মিত ও অনিয়মিত নামে দ্বিবিধ। এই রোগে একই চক্ষুতে একই দৃশ্য পদার্থের বহু প্রতিমূর্ত্তি পড়ে; এবং রোগের পরিমাণ অনুসারে চক্ষুর দৃষ্টিও অস্পষ্ট হয়। এমত কি, দূরস্থ বা নিকটস্থ সকল পদার্থই অস্পষ্ট দেখা যায়; এবং য়্যাস্থিনোপিয়া রোগের লক্ষণাদি উপস্থিত হয়।

সহজে রোগনির্ণয়।—রোগী ১৫।১৬ ফুট দূরস্থ এক খানি বৃহৎ কৃষ্ণবর্ণ পর্দ্দার মধ্যবর্ত্তী একটী ক্ষুদ্র ছিদ্রের অভ্যন্তর দিয়া যদি পর্দ্দার অপর পার্শ্ববর্ত্তী কোন দীপালোককে গোলাকার দর্শন না করিয়া, কোন না কোন দিকে লম্বমান দেখেন, তবে চক্ষুতে য়্যাষ্টিগ্‌ম্যাটিজম হইয়াছে, ইহা বলা যায়।

অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা প্রত্যক্ষ উপায়ে চক্ষু পরীক্ষা করিলে, নিয়মিত য়্যাষ্টিগ্‌মেটিজম রোগে, ডিস্ক যে দিকে লম্বমান বোধ হয়, পরোক্ষ উপায়ে তদ্বিপরীতদিকেই লম্বমান বোধ হইয়া থাকে। এই রোগ জন্মজাত, পৈত্রিক বা স্বোপার্জ্জিত হইয়া থাকে। কখন কখন ক্যাটারাক্ট অস্ত্রসাধনের পরেও কর্ণিয়া উচ্চাবচভাবে সংযুক্ত হওয়ায় চক্ষু এই দোষাক্রান্ত হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—কর্ণিয়ার রোগ প্রযুক্ত য়্যাষ্টিগ্‌মেটিজম্ উপযুক্ত সিলিণ্ড্রিক্যাল্ চসমা ধারণে সংশোধিত হইতে পারে। লেন্সের রোগ প্রযুক্ত স্থলে, ষ্টেনোপেক চসমা ব্যবহার করিয়া দেখা উচিত।

এনিসোমিট্রোপিয়া (Anisometropia)—শব্দে উভয় চক্ষুর ভিন্ন ভিন্ন রিফ্রাক্‌শন বুঝায়। সাধারণতঃ জন্ম হইতে, এবং য়্যাফেকিয়া প্রভৃতি স্থলে, স্বোপার্জ্জিত কারণে একটী সুস্থ, অপরটী মাইওপিক, হাইপারমিট্রোপিক অথবা উভয় চক্ষুতে গুরুলঘুভাবে উক্ত দোষাদি ঘটে। ঐরূপ স্থলে, বিশেষ সতর্ক হইয়া চসমা ব্যবহার করিতে হয়।

য়্যাফেকিয়া (Aphakia)।

দৃষ্টিপথে লেন্সের অভাব ঘটিলে, তাহাকে য়্যাফেকিয়া কহে। লেন্সের এবম্বিধ অভাবে আলোকোপযোগিতার ব্যাঘাত ঘটিয়া, চক্ষু বিলক্ষণ হাইপারমিট্রোপিয়া দোষগ্রস্ত হইয়া পড়ে; সুতরাং মাইওপিয়া দূষিত চক্ষু এতদ্দ্বারা বিলক্ষণ উপকৃত হইতে পারে।

ক্যাটারাক্ট অস্ত্রসাধন যতই উত্তমরূপে সম্পাদিত হউক, আর যতই উপযুক্ত চসমা ব্যবহৃত হউক, পুনর্ব্বার সুস্থাবস্থার ন্যায় চক্ষুর তীক্ষ্ণদৃষ্টি পাওয়া, প্রায়ই দুরূহ হইয়া থাকে। বিশেষত অতিবৃদ্ধ ব্যক্তিদিগের পক্ষে, বার্দ্ধক্যজনিত পরিবর্ত্তন প্রযুক্ত প্রায়ই সুন্দর তীক্ষ্ণ দৃষ্টি ঘটে না। এরূপ স্থলে, য়্যাষ্টিগ্‌-ম্যাটিজম রোগের অনুমান করিয়া, ষ্টেনোপেক চসমা ধারণ করিয়া দেখা উচিত।

ছানি তুলিলে পর, রোগীকে গুরুশক্তির কনভেক্স চসমা ব্যবহার করিতে হয়। সচরাচর দুইখানি চসমা রাখা বিধেয়। ইতস্তত গমনাগমন ও দূরদৃষ্টির নিমিত্ত একখানি ৪।৫ ইঞ্চি ফোকসের চসমা এবং লিখনপঠনাদি নিকটস্থ সূক্ষ্ম কার্য্যের নিমিত্ত ২ হইতে ২½ ইঞ্চি ফোকসের অপর একখানি চসমা গ্রহণ করিতে হয়। কিন্তু, ব্যক্তিভেদে চসমার উপযোগিতার তারতম্য ঘটে বলিয়া, প্রত্যেক রোগীরই আপন উপযোগী চসমা পরীক্ষা করিয়া লওয়া উচিত।

য়্যাস্থিনোপিয়া (Asthenopia) দুর্ব্বল দৃষ্টি।

এই রোগ চক্ষুর বহুতর পীড়ার লক্ষণ মাত্র। এই রোগে লিখন, পঠন প্রভৃতি সূক্ষ্ম নিকটবর্ত্তী কার্য্যে অধিকক্ষণ চক্ষুঃসংযোগ দিলে, চক্ষুতে বিলক্ষণ ক্লান্তিবোধ হয়। অক্ষরাদি অস্পষ্ট ও পরস্পর জড়িত ও কখন কখন অদৃশ্য বলিয়া বোধ হয়। চক্ষু এবং চক্ষুর পার্শ্ব টন টন করিতে থাকে। চক্ষুর আরক্তিমতা, সজলতা ও তাপবোধ এবং মাথাধরা ইত্যাদি বিরক্তিকর লক্ষণ সকলও প্রকাশমান হইতে পারে। পরীক্ষা করিয়া দেখিলে, চক্ষুকে পীড়িত বলিয়া বোধ হয় না। দৃষ্টিপথ বিলক্ষণ পরিষ্কৃত থাকে। চক্ষুঃসঞ্চালন অথবা তারার সঙ্কোচন-প্রসারণেরও কোন বৈলক্ষণ্য দেখা যায় না। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষায়, রেটিনা এবং অপ্টিক নার্ভের সামান্য রক্তাধিক্য ব্যতীত চক্ষুগর্ভের তলদেশের অপর কোন বৈসাদৃশ্য লক্ষিত হয় না। কর্ম্মকার্য্যাদি হইতে কিছুকাল চক্ষুসংযোগ স্থগিত করিলেই উপর্যুক্ত লক্ষণ সকল তিরোহিত হয়; এবং পুনঃ চক্ষুঃসংযোগে পূর্ব্ববৎ প্রত্যাবর্ত্তন করে।

চিকিৎসা।—চক্ষুকে সম্ভবত যত বিশ্রাম দেওয়া যাইতে পারে, তাহা

দেওয়া, এবং উপযুক্ত কনভেক্স চসমা ধারণ করিয়া অবশ্য প্রয়োজনীয় লিখন-পঠন ইত্যাদি কার্য্য সমাধা করাই এই রোগের চিকিৎসা। রোগী দুর্ব্বল ও হীনরক্ত হইলে, এই রোগের বৃদ্ধি পায় বলিয়া, আয়রণ ও কুইনাইন প্রভৃতি বলকর ঔষধ ও খাদ্যের ব্যবস্থা করা এবং স্থানপরিবর্ত্তনাদি বিশেষ প্রয়োজন।

মাইওপিয়া রোগগ্রস্ত ব্যক্তির এই রোগ ঘটিলে, ইণ্টার্নাল রেক্টাই পেশীর শক্তিহীনতা প্রযুক্ত পূর্ব্বোক্ত লক্ষণাদির সঙ্গে ঈষৎ দ্বিদর্শন রোগও ঘটে। পেশীর এবম্বিধ শক্তিহীনতা স্থির করিতে হইলে, রোগীর চক্ষু হইতে ২০ ফুট অন্তরে কোন পদার্থ অথবা ১০।১২ ইঞ্চি দূরে একটী অঙ্গুলি ধৃত করিয়া ও তদ্দিকে রোগীকে স্থিরদৃষ্টিতে থাকিতে বলিয়া, সেই পদার্থ বা অঙ্গুলি আস্তে আস্তে ক্রমশ রোগীর সম্মুখ ও নিকটে আনয়ন করিতে হয়। তাহাতে ৬ ইঞ্চি অন্তর হইতেই দুইটী চক্ষুর মধ্যে একটী তদ্দিকে আর স্থিরদৃষ্টিতে থাকিতে না পারিয়া ঘুরিতে থাকে এবং অন্যদিকে সঞ্চালিত হয়। এই রোগ উভয় চক্ষুতেই ন্যুনাতিরিক্তভাবে হইতে পারে। যাহাহউক, অতিরিক্ত দূষিত চক্ষুর উক্ত পেশীকে ছেদন করাই এই রোগের চিকিৎসা। তাহাতেও দৃষ্টি সংশোধন না হইলে, অপর চক্ষুর এক্ষ্টার্নেল রেক্টস ছিন্ন করিয়া দিতে হয়।

কখন কখন রেটিনা এবং অপ্‌টিক নার্ভের রক্তাধিক্য অথবা উত্তেজনা প্রযুক্তও সচরাচর দুর্ব্বল, ভীরু ও ক্রুদ্ধস্বভাব ব্যক্তিদিগেরই এই রোগ জন্মে। দীর্ঘকাল চক্ষুর বিশ্রাম এবং বলকর ঔষধ ও খাদ্যাদি দ্বারা এবম্ভূত অবস্থা কিছু দিনের মধ্যেই অন্তর্হিত হইয়া যায়।

দর্শনোপযোগিতার পক্ষাঘাত, খেঁচন ও বলহানি (Paralysis, Spasm & Atony of the accommodation)।—কোন জীবনসঙ্কট পীড়ার পরে, শরীরস্থ সমস্ত পৈশিক নির্ম্মাণ বিলক্ষণ অক্ষম হইয়া পড়িলে, সিলিয়ারি পেশীর পক্ষাঘাত বা অবশতা (cycloplegia) প্রযুক্ত চক্ষুর দর্শনোপযোগিতারও বিনাশ অথবা হ্রাস হইয়া থাকে। ইহাতে লিখনপঠন প্রভৃতি নিকটস্থ বস্তু দর্শনে দৃষ্টি বিলক্ষণ অস্পষ্ট হয়। কিন্তু দূরদর্শনের কোন ব্যাঘাত ঘটে না। এমত কি, মাইওপিয়াগ্রস্ত চক্ষুতেও দূরদর্শনের কোন ব্যাঘাত হয় না। কিন্তু, হাইপারমিট্রোপিয়া-গ্রস্ত চক্ষুতে দূর ও নিকট উভয়

দিকেই য়্যাট্রোপীন প্রযোগের ন্যায় দৃষ্টি অস্পষ্ট হইয়া যায়; এবং তারা প্রায়ই প্রসারিত থাকে। এই রোগকে অফ্‌থাল্মোপ্লেজিয়া ইণ্টার্না কহে।

চিকিৎসা।—জ্বর, ওলাউঠা ও ডিফ্‌থিরীয়া প্রভৃতি দুর্ব্বলকারক পীড়াজনিত হইলে, বলকর ঔষধাদি ব্যবস্থা করা উচিত। বাত বা উপদংশ জনিত হইলে, আইওডাইড এবং ব্রোমাইড অব পোটাস সেবন এবং কর্ণপশ্চাতে ব্লিষ্টার লগ্ন করা অত্যাবশ্যক। ক্ষয়িত দন্ত, বহুমূত্র, উপদংশ ও শিরঃপীড়াদিরও চিকিৎসা কবিতে হয়। চক্ষুতে ক্যালাবার বীন অথবা এসারীণ প্রয়োগেও বিশেষতঃ য়্যাট্রোপীন প্রয়োগজনিত স্থলে, বিশেষ উপকার হইয়া থাকে।

যে সকল যুবা হাইপারমিট্রোপিয়া রোগগ্রস্ত হইয়া উপযুক্ত চসমা ব্যবহার না করিয়া, লিখনপঠনাদি কার্য্যে চক্ষুকে বিলক্ষণ আকৃষ্ট করে, সচরাচর তাহাদেব সিলিয়ারি পেশীর খেঁচন হইতে আরম্ভ হয়; এবং মাইপিয়া রোগের লক্ষণ ও তৎসঙ্গে সঙ্গে লিখনপঠনাদি কার্য্যে য়্যাস্থিনোপিয়া রোগের কষ্টবোধ এই দ্বিবিধ লক্ষণ (Apparent myopia) উদিত হয়।

এই রোগে তারা সচরাচর ক্ষুদ্র হয়; এবং চক্ষুব গঠন দেখিয়া হাইপারমিট্রোপিয়া বোগেব অনুমান করা যায। রেটিনায় এবং ডিস্কে রক্তাধিক্য হয় ও সচরাচর পোষ্টেরিয়ার ষ্ট্যাফিলোমা সমবেত হইয়া পড়ে। আলোকোপযোগিতার বিশৃঙ্খলা প্রযুক্ত চক্ষুতে কোন চসমা খাটে না।

চিকিৎসা।—কিছুকাল প্রতিদিবস দুই বাব করিয়া উগ্র য়্যাট্রোপীন প্রয়োগে সিলিযারি পেশীকে অবশ করা এই বোগের ব্যবস্থা। তৎপরে ২।৩ মাস চক্ষুকে সম্পূর্ণ বিশ্রান্ত রাখিযা, চসমা খাটিলে, উপযুক্ত কনভেক্স চসমা পরিধান করিতে অভ্যাস করিতে হয়। কেবল দূব ও নিকট দর্শনের নিমিত্ত ক্ষীণ ও গুরুশক্তির দুই খানি কনভেক্স এবং দূরের নিমিত্ত ক্ষীণ কনকেভ চসমার দ্বারাও এই খেঁচন নিবারিত হইতে পারে। কেহ কেহ রগে ষ্ট্রীকনিয়ার ত্বগধঃ পিচকারি দিয়াও এই রোগে বিশেষ উপকার পাইয়াছেন।

ষোড়শ অধ্যায়।

পেশীসকলের রোগ।

ডিপ্লোপিয়া (Diplopia) দ্বিদর্শন।

উভয় চক্ষু সমবেত হইয়া তুল্যরূপ কার্য্যক্ষম না হইলে, একই সময়ে উভয় চক্ষু দ্বারা অভ্রান্ত দৃষ্টিজ্ঞান হইবার কোন সম্ভাবনা নাই। এই নিমিত্ত আলোকরশ্মি উভয় চক্ষুর রেটিনার একই স্থানে (ম্যাকিউলা লুটিয়া) পতিত না হইলে, দ্বিদর্শন অর্থাৎ একটী দৃশ্য পদার্থ দুইটী বলিয়া জ্ঞান হইয়া থাকে। একটী প্রকৃত আর একটী কাল্পনিক। এই ডিপ্লোপিয়া রোগ দ্বিবিধ। সহজ দ্বিত্ব এবং আড়া-আড়ি দ্বিত্ব। প্রথমোক্ত স্থলে, দক্ষিণ চক্ষু দ্বারা দক্ষিণ দিকে এবং বাম চক্ষু দ্বারা বামদিকে একটী দৃশ্য পদার্থের দুইটী প্রতিমূর্ত্তি পড়ে। দ্বিতীয়োক্ত স্থলে, দক্ষিণ চক্ষু দ্বারা বামদিকে এবং বাম চক্ষু দ্বারা দক্ষিণ দিকে দৃশ্য পদার্থটী দুইটী বলিয়া অবলোকিত হয়। এই রোগগ্রস্ত ব্যক্তি সুস্থ চক্ষু আবদ্ধ করিয়া, বাহির হইতে গৃহমধ্যে আগমন করিতে গেলে, তাহার মস্তক অল্প বা অধিক পরিমাণে টলমল করে; এবং মত্ত ব্যক্তির ন্যায় দরজায় ধাক্কা লাগে, অথবা তথায় হোঁচট খায়। সুতরাং উভয় চক্ষু একে একে আবদ্ধ করিয়া, গমনাগমন করিতে দিলে, যদ্দ্বারা এই মস্তকঘূর্ণন আনয়ন করে, সেই চক্ষুটীই এই ডিপ্লোপিয়া রোগে পীড়িত ইহা পরীক্ষাসিদ্ধ। ষ্ট্রাবিস্‌মস রোগ-গ্রস্ত ব্যক্তিরই সচরাচর এই ডিপ্লোপিয়া রোগ ঘটে।

মস্তিষ্কের পীড়া, অক্ষিকোটরে টিউমার, উপদংশ, বাত ও মেলেরিয়া প্রভৃতি রোগে, অথবা শিশুদিগের দন্তোৎপত্তি কালে, অথবা পদ ও পদাঙ্গুলি প্রভৃতি অন্যান্য অঙ্গপ্রত্যঙ্গ হইতে পেশী-পক্ষাঘাত সঞ্চারিত হইয়া, উপর্য্যুক্ত স্নায়ুসকলের কোন না কোন স্নায়ু শক্তিহীন হয়। সুতরাং তাহাতেই এই রোগ জন্মে। কিন্তু কোন কোন স্থলে, যকৃৎ, পাকস্থলী, ও মলবাহী ইন্‌টে-ষ্টাইনাল কেনালের বিশৃঙ্খলায় ৬ষ্ঠ স্নায়ু পীড়িত হইয়া এরূপ অবস্থা ঘটে।

কিন্তু তাহা সত্বর আরোগ্য হইয়া যায়। বাতজ স্থলে, পীড়া সত্বর বৃদ্ধি পায় এবং চক্ষু ও চক্ষুর চতুষ্পার্শ্ব ও তদ্দিকস্থ গণ্ড ও মস্তকে বেদনা অনুভূত হয়। অনেকানেক স্থল উপদংশ কারণেই জন্মিয়া থাকে। মস্তিষ্কের পীড়াজনিত স্থলে, রোগীর বুদ্ধিবৃত্তি ও স্মরণশক্তির লাঘব হয়; এবং এরূপস্থলে যে দ্বিদৃষ্টি জন্মে, তাহা প্রিজম কাচ দ্বারা প্রায়ই আরোগ্য হয় না। এতদ্ব্যতীত স্থল ক্রমশঃ হীনশক্তির প্রিজম চসমা ব্যবহারে আরোগ্য হইতে পারে।

পেশীর পক্ষাঘাত (Paralysis)।

চাক্ষুষ কোন না কোন পেশীর আংশিক অথবা সম্পূর্ণ পক্ষাঘাত হইলে, পূর্ব্বোক্ত দ্বিদর্শন যাহাদের দৃষ্টিজ্ঞাপক, তাহা সত্বেও অন্যান্য লক্ষণাদি উপস্থিত হয়। রোগী কোন কোন অবস্থানে দৃশ্যপদার্থ সম্পূর্ণ দুইটী বলিয়া বোধ করেন না বটে, তথাপি দুইটী প্রতিমূর্ত্তি পরস্পর জড়িত হইয়া দৃষ্টির ব্যাঘাত করে। মাথা টলমল করিতে থাকে। দৃশ্যপদার্থটী একই পদার্থ বলিয়া দর্শনাশয়ে পীড়িত চক্ষুকে মুদিত রাখিতে অথবা মস্তক শক্তিহীন পেশীর অভিমুখে ফিরাইয়া রাখিতে ইচ্ছা হয়. কোন দৃশ্য পদার্থে সুস্থ চক্ষু স্থির রাখিলে, পীড়িত চক্ষু তদনুরূপ স্থির থাকে না। অপিচ সুস্থ চক্ষু ঢাকিয়া পীড়িত চক্ষু দৃশ্য পদার্থে স্থির রাখিলে, সুস্থ চক্ষু তদভিমুখে ধাবমান হয়। এই উভয়বিধ সঞ্চালনের নাম আদিম ও গৌণ গতিবিপর্য্যয়। পক্ষাঘাত প্রযুক্ত টেরাদৃষ্টি রোগে আদিম গতিবিপর্য্যয় অপেক্ষা গৌণ গতিবিপর্য্যয় অধিক হইয়া থাকে। কিন্তু, কনকমিট্যাণ্ট টেরাদৃষ্টি রোগে উভয়বিধ গতিবিপর্য্যয় তুল্যরূপে হইয়া থাকে।

চক্ষুর সমস্ত বাহ্য পেশীর পক্ষাঘাত (Ophthalmoplegia externa) কখন কখন মস্তিষ্কের পীড়া প্রযুক্ত হইয়া থাকে; এবং তাহাতে ৩য়, ৪র্থ এবং ৬ষ্ঠ স্নায়ুর কেন্দ্রস্থল ঐ বিপদে আক্রান্ত হয়। উপদংশ রোগ প্রযুক্তই এরূপ ঘটনা ঘটে। সচরাচর ৩য় ও ৬ষ্ঠ স্নায়ুকেই পক্ষাঘাতপ্রবণ দেখা যায়। এক একটী পেশীর পক্ষাঘাতে কেবল একষ্টার্নেল রেক্টস পেশীর পক্ষাঘাত সচরাচর দেখা যায়। কিন্তু, কেবল সুপেরিয়ার, ইণ্টার্নেল অথবা ইনফিরিয়ার রেক্টসকে পক্ষাঘাত পাইতে কদাচিৎ দেখা যায়। ইনফিরিয়ার অবলিকি

পেশীর পক্ষাঘাতও অতি কদাচিৎ দেখা যায়। দুই বা তদধিক পেশীও কখন কখন এককালে পক্ষাঘাত পায়।

একষ্টার্নেল রেক্টস ও ষষ্ঠ স্নায়ু শক্তিহীন হইলে, সেই চক্ষু নাসিকাদিকে টেরা হয়; সুতরাং মুখ না ফিরাইলে, কর্ণদিকস্থ কোন বস্তু দর্শন করা যায় না বলিয়া, সেই পার্শ্বেই মুখ ফিরাইয়া গমনাগমন করিতে হয়। ৪।৫ ফুট হইতে অধিক দূর হইলে, এই কর্ণদিকে দৃশ্যপদার্থ সবলভাবে পৃথক পৃথক দুইটী বলিয়া বোধ হয়; এবং চেষ্টা করিলেও লক্ষ্য বস্তুকে ধৃত করা যায় না। কখন কখন তৃতীয় স্নায়ু (motor oculi) সম্পূর্ণ শক্তিহীন হইলে, চক্ষু কর্ণদিকে টেরা হয়। ঊর্দ্ধপুট চক্ষুর উপর ঝুলিয়া পড়ে ও তাহাকে স্বেচ্ছায় উন্মিলিত করিতে পারা যায় না। উহাকে উন্মিলিত করিয়া ধরিলে, কর্ণদিক ভিন্ন ঊর্দ্ধ, অধঃ ও নাসিকাদিকে দৃষ্টি নিয়োজিত করিতে পারা যায় না। প্রত্যেক দৃশ্য পদার্থের দুইটী আকৃতি আড়া-আড়ি ভাবে দেখা যায়। কিন্তু, দৃষ্টি তদুপরি অধিকক্ষণ স্থির থাকে না। তারা প্রসারিত হয় এবং আলোকস্পর্শেও শীঘ্র সঙ্কুচিত হয় না। রেক্টাই পেশী সকলও শক্তিহীন হয়; সুতরাং চক্ষু কিঞ্চিৎ সম্মুখদিকে ঠেলিয়া আইসে। সুস্থ চক্ষুটী মুদিত করিয়া গমনাগমন করিলে, রোগী মাতালের ন্যায় টলিয়া পড়ে। কিন্তু, সচরাচর তৃতীয় স্নায়ু অসম্পূর্ণ শক্তিহীন হইয়া কিয়ৎ পরিমাণে মাত্র এই সকল লক্ষণ আনয়ন করে। ইণ্টার্নেল রেক্টস শক্তিহীন হইলেও সেই চক্ষু এই কর্ণদিকে টেরা হয়; এবং ঊর্দ্ধ বা অধোদিক ভিন্ন নাসিকাদিকে দৃষ্টিক্ষেপ করা যায় না। দৃশ্য পদার্থ আড়াআড়ি ভাবে দুইটী বলিয়া বোধ হয়। সুপেরিয়ার রেক্টস শক্তিহীন হইলে, চক্ষুটী অধঃ ও কর্ণদিকে টেরা হয়; সুতরাং ঊর্দ্ধদিকে দৃষ্টি ঘটে না। আড়াআড়ি দ্বিদর্শনে দৃশ্য পদার্থের কাল্পনিক মূর্ত্তি প্রকৃত মূর্ত্তি অপেক্ষা উচ্চতর বোধ হয়। কিন্তু, ইন্‌ফেরিয়ার রেক্টস শক্তিহীন হইলে, অধোদর্শনে চক্ষু ঊর্দ্ধ ও কর্ণদিকে টেরা হয়; সুতরাং অধোদিকে দর্শন করা দুরূহ হইয়া থাকে। আড়াআড়ি দ্বিদর্শনে দৃশ্য পদার্থের কাল্পনিক মূর্ত্তি প্রকৃত মূর্ত্তি অপেক্ষা নিম্ন বোধ হয়। সুপেরিয়ার ওবলিকি শক্তিহীন হইলে, চক্ষু ঊর্দ্ধ ও কর্ণদিকে টেরা হয়; সুতরাং নাসিকা ও অধোদিকে দৃষ্টির গোলযোগ ঘটে। সমতল ক্ষেত্রে দৃষ্টির ব্যাঘাত ঘটে না, কিন্তু নিম্নস্থানবর্ত্তী বস্তু দুইটী বলিয়া

বোধ হয় ও তদ্দিকে দৃষ্টি স্থির রাখা যায় না। অন্যান্য পেশী শক্তিহীন না হইলে, ইনফেরিয়ার ওবলিকি প্রায়ই শক্তিহীন হয় না। চতুর্থ স্নায়ু শক্তিহীন হইলে, প্রথম প্রথম রোগ উপেক্ষিত হয় বটে, কিন্তু সম্পূর্ণ শক্তিহীন হইলে, অধোদিকে দৃষ্টিক্ষেপ করিবার সময়ে চক্ষু কিঞ্চিৎ উর্দ্ধ ও নাসিকাদিকে ঘুরিয়া যায় এবং দৃশ্য পদার্থ সরলভাবে দুইটী পৃথক পৃথক বোধ হয়।

পরিণাম।—অধিক দিনের অপেক্ষা স্বল্প দিনের রোগ হইলে, সম্পূর্ণ অপেক্ষা আংশিক শক্তিহীন হইলে, মস্তিষ্কের পীড়াজনিত স্থল অপেক্ষা বাত প্রভৃতি পীড়াজনিত স্থল, আরোগ্য অথবা উপশম হইবার সম্ভাবনা আছে। এই রোগ আরোগ্য না হইলে, বিরুদ্ধ পেশীও আবার সঙ্কুচিত হইয়া যায় এবং দৃষ্টিও বিনষ্ট হয়।

চিকিৎসা।—উপদংশ, বাত, গেঁটে বাত প্রভৃতি রোগ এই রোগের কারণ হইলে, ঔষধাদি দ্বারা তত্তৎ রোগের চিকিৎসা করিতে হয়। বাতজ-স্থলে, রোগের প্রথমাবস্থায় পূর্ণমাত্রায় স্যালিসিন, স্যালিসিলেট অব সোডা এবং কলচিকম সেবন, গরম বস্ত্র ব্যবহার এবং বাষ্পস্নানে বিশেষ উপকার দর্শে। এরূপ স্থলে, কুইনাইনও বিশেষ কার্য্যকর হইয়া থাকে; এবং ম্যালেরিয়া প্রযুক্ত রোগীকে স্থানপরিবর্ত্তনের ব্যবস্থাও দিতে হয়। উপদংশজস্থলে মার্করিই প্রধান ঔষধ। তবে তৎসঙ্গে অধিক মাত্রায় আইওডাইড অব পোটাস সেবন করিতে হয়। প্রত্যহ প্রাতঃসন্ধ্যা ১০।১৫ মিনিট করিয়া রোগীকে দুর্ব্বল পেশীর অভিমুখে স্থিরদৃষ্টিতে তাকাইয়া থাকিতে বলিতে হয়। মস্তিষ্কের পীড়াজনিত স্থলে, তদনুরূপ চিকিৎসা করিতে হয়। টাইফইড জ্বর ও ডিফথিরিয়া প্রভৃতির পরবর্ত্তী হইলে, উত্তম খাদ্য, এমোনিয়া এবং বার্ক, কুইনাইন, আয়রণ, কড লিভার অয়েল প্রভৃতির দ্বারা সাধারণ স্বাস্থ্যের উন্নতি করিতে হয়। অনেকস্থলেই পুনঃপুনঃ অল্পমাত্রায় আইওডাইড অথবা আইও-ডাইড এবং ব্রোমাইড পোটাসিয়ম (১২১, ১১৬ ব্য) অথবা আইওডাইডের সহিত আয়রণ (১২৩, ১৩১, ১০৩, ১০৪ ব্য) সেবন করিয়া উপকার পাওয়া যায়। জোলাপ দিয়া যথেষ্ট কোষ্ঠ পরিষ্কার করা এবং রগে অথবা কর্ণপশ্চাতে ক্ষুদ্র ব্লিষ্টার অথবা ফোস্কাকারক লিনিমেণ্ট লাগান উচিত। উপদংশজ স্থলে, কিছুদিবস প্রতিদ্বিতীয় রাত্রিতে ৫ গ্রেণ মাত্রায় পিল হাইড্রার্জ সবক্লোরাইড কপাউণ্ড

সেবন অথবা সেই রূপে প্রাতঃসন্ধ্যা অল্প হাইড্রার্জ্জ গ্রহণ করা উচিত। যখন পাকস্থলী বা অন্ত্রের উত্তেজনা প্রযুক্ত এই রোগ ঘটে, তখন তদ্বিষয়েও মনোনিবেশ করিতে হয়। এইরূপে যখন স্নায়ুসকল কিঞ্চিৎ বলপ্রাপ্ত হয়, তখন ফ্যারাডি অথবা গ্যাল্‌ভানিক ব্যাটারি দ্বারা বিশেষ উপকার দর্শে। কিন্তু মস্তিষ্কের পীড়াজনিত স্থলে, এই সকল ব্যবস্থায় কোন উপকার দর্শে না। ফ্যারাডি ব্যবহারে, বিশেষত কণ্টিনিউড কবেণ্ট ব্যবহারে, নেগেটিভ পোল পীড়িত পেশীর উপবিস্থ মুদিত পুটোপরি এবং পজিটিভ পোল কর্ণ অথবা কপোলদেশে অথবা গ্রীবাদেশে লগ্ন করিতে হয়; এবং প্রত্যেক বার অর্থাৎ প্রত্যেক উপবেশন ২।৩ মিনিটের অতিরিক্ত কাল হওয়া উচিত নহে।

দ্বিদর্শন নিবারণ করিতে হইলে, পীড়িত চক্ষুকে কোন বস্ত্র অথবা চসমা দ্বারা আবৃত রাখিয়া, অব্যবহার্য্য রাখাই উচিত। প্রিজম চসমা ব্যবহারেও উপকার দর্শিতে পারে। কিন্তু, তদ্ব্যবহার করিতে হইলে, প্রিজমের ভূমিদেশ নাসিকাদিকস্থ টেরা রোগে কর্ণদিকে, এবং কর্ণদিকস্থ টেরা রোগে নাসিকাদিকে রাখা উচিত। পরিশেষে পেশীসকল বলপ্রাপ্ত হইতে থাকিলে, ক্রমশ অপেক্ষাকৃত ক্ষীণশক্তির প্রিজম পরিবর্ত্তন করিয়া ব্যবহার করা উচিত। কিন্তু, এইরূপে প্রিজম ব্যবহার প্রত্যহ না করিলেও দ্বিদর্শন নিবারিত হইতে পারে।

এই সকল উপায় বিফল হইলে, টিনোটমী অস্ত্রসাধন অবশ্য প্রয়োজনীয়। পেশীদিগের শক্তিহীনতার পরিমাণ অনুসারে এই অস্ত্রসাধনের প্রভেদ হইয়া থাকে। কখন কখন চক্ষুর উভয়দিকেই টেণ্ডন কর্ত্তন করা প্রয়োজন হয়। (ষ্ট্রাবিস্‌মস চিকিৎসা দেখ)।

ষ্ট্রাবিস্‌মস (Strabismus) (টেরাদৃষ্টি)।

উভয় চক্ষুর দৃষ্টিরেখা যুগপৎ দৃশ্যপদার্থাভিমুখে স্থিরভাবে নিয়োজিত না হইয়া, একটী চক্ষু অন্য কোন দিকে নিয়োজিত হইলে, আমরা তাহাকেই টেরাদৃষ্টি কহিয়া থাকি। টেরা রোগ নাসিকার দিকে হইলে, ইংরেজীতে কনভার্জেণ্ট স্কুইণ্ট এবং কর্ণদিকে হইলে ডাইভার্জেণ্ট স্কুইণ্ট কহে। ঊর্দ্ধ এবং অধোদিকে টেরা হইতে প্রায়ই দেখা যায় না। যাহাহউক, সচরাচর নাসিকাদিকেই টেরা হওয়াই দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে।

প্যারালাইসিস্ অথবা স্প্যাজম প্রভৃতি যে কোন কারণে দৃষ্টিরেখা অন্যদিকে নিয়োজিত হইলেই, পূর্ব্বে তাহাকে ষ্ট্রাবিসমস্ রোগ বলা হইত। কিন্তু, এক্ষণে ঐ সকল রোগ পৃথক বলিয়া নির্ণীত হওয়ায়, যে সকল স্থলে নার্ভদিগের কোন পীড়া না ঘটিয়া, কেবল পেশীদিগের কোন পরিবর্ত্তন ঘটিয়াই দৃষ্টিরেখা এবম্বিধ বিপথগামী হয়, তাহাকেই ষ্ট্রাবিস্মস্ শব্দে ব্যক্ত করা যায়। প্যারালাইসিস রোগে স্নায়ু সকলের বিশৃঙ্খলা প্রযুক্ত, এক বা তদধিক পেশীর সঞ্চালন ক্রিয়া স্থগিত হওয়ায়, চক্ষু তত্তৎদিকে সঞ্চালিত হইতে পারে না। কিন্তু, ষ্ট্রাবিসমস্ রোগে পেশীদিগের সঞ্চালন ক্রিয়ার অথবা চক্ষুর সঞ্চালন ক্রিয়ার কোন বিশৃঙ্খলা ঘটে না। কেবল পীড়িত পেশী স্বাভাবিক অবস্থা অপেক্ষা ক্ষুদ্রতর হয়; এবং চক্ষুর মেরুদণ্ড প্রকৃত স্থানে থাকে না।

ষ্ট্রাবিসমস্ রোগে, দৃশ্য পদার্থের প্রতিবিম্ব উভয় চক্ষুর রেটিনার ভিন্ন ভিন্ন স্থানে পড়ে। একটী চক্ষু এই রোগাক্রান্ত হইলে, সচরাচর সেই চক্ষুতে দৃষ্টির কিঞ্চিৎ ব্যাঘাত ঘটে। পর্য্যায়ক্রমে উভয় চক্ষুতে এই রোগ হইলে, উভয় চক্ষুরই দৃষ্টি প্রায় সমভাবেই থাকে। কিন্তু, উভয় চক্ষুকে দৃশ্য পদার্থে এককালীন স্থির রাখিতে পারা যায় না। এই রোগ স্থায়ী অথবা সাময়িক হইতে পারে।

কারণ।—৬ষ্ঠ স্নায়ু পীড়িত হইয়া, অথবা স্বল্প হাইপারমিট্রোপিয়া রোগে একষ্টার্নেল রেক্টস পেশী বলহীন হইয়া নাসিকাদিকে, এবং মাইওপিয়া রোগে, বিশেষত পোষ্টেরিয়ার ষ্ট্যাফিলোমা সমবেত স্থলে, ইণ্টার্নেল রেক্টস পেশী বলহীন হইয়া, কর্ণদিকে এই রোগ ঘটে। কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতা প্রভৃতি কারণে, একটী চক্ষুতে দৃষ্টির ন্যূনতা ঘটিলে, এবং পেশী আহত হইলে, অথবা প্যারালাইসিস রোগে বিরুদ্ধ পেশী সঙ্কুচিত হইলে, এই রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে। আর, উদরে ক্রিমি, শিশুদিগের দন্তোৎপত্তিকালীন অথবা অম্লপিত্ত প্রভৃতি উত্তেজনায়, মস্তকে আঘাত, অথবা টেরা নকল করিবার অভ্যাস প্রভৃতি দূরবর্ত্তী কারণেও এই রোগ উৎপন্ন হয়। কর্ণদিকে টেরা হইলে, দৃশ্য পদার্থ সরলভাবে দুইটী বলিয়া বোধ হয়; এবং কালে দৃষ্টিনাশের সহিত এই দ্বিদর্শনও অপনীত হয়। কখন কখন অন্ধপ্রায় চক্ষুতে অথবা ৩য় স্নায়ুতে পক্ষাঘাত হইলে, অথবা নাসিকাদিকস্থ টেরা রোগে অযথা বা অসময়ে অস্ত্র-সাধন হইলে, কর্ণদিকে টেরা রোগ জন্মে।

চিকিৎসা।—রোগের কারণ, স্থায়ীকাল, উভয় চক্ষুর দৃষ্টিজ্ঞান ও সঞ্চালন ক্রিয়া এবং রোগের সাময়িক অথবা স্থায়ীভাব ইত্যাদি অনুধাবন করত, যদি চক্ষুর আলোকোপযোগিতাব বিশৃঙ্খলায় হইয়া থাকে, এরূপ বোধ হয়, তবে উপযুক্ত কনকেভ বা কনভেক্স চসমা ব্যবহার করিতে আদেশ করা উচিত। দূরবর্ত্তী কারণ প্রযুক্ত হইলে, সেই সকল কারণ অপনীত করা উচিত। যাহাহউক, এই সকল উপায়ে আরোগ্য না হইলে, অস্ত্রসাধনের আবশ্যক হয়। এই অস্ত্র সমাধা করিবার সময়ে এক অথবা উভয় চক্ষুর পেশী কর্ত্তন করা উচিত কি না, তদ্বিষয়েও বিবেচনা করিতে হয়। সচরাচর দুই চক্ষুরই টেণ্ডন্ অক্ষিগোলকের অতি নিকটে, অন্যান্য পেশীদিগকে আহত না করিয়া কর্ত্তন করা উচিত। কিন্তু অনেক সময়ে দুইটীতে অস্ত্র করিবার পূর্ব্বে, অগ্রে কেবল পীড়িত চক্ষুতেই অস্ত্রসাধন করিয়া, তাহার উপকারিতা অপেক্ষা করিতে হয়। প্রত্যাবর্ত্তনশীল টেরা রোগে এবং অতিরিক্ত অস্পষ্ট দৃষ্টিপ্রদ স্থলে, এই নিয়ম পালন করা আবশ্যক। এই রোগে যে অস্ত্রসাধন হইয়া থাকে, তাহাব নাম টিনোটমী অস্ত্রসাধন। যেরূপে এই অস্ত্রসাধন করিতে হয়, নিম্নে তাহা লিখিত হইল।

টিনোটমী অস্ত্রসাধন (Tenotomy)।—অল্পবয়স্ক রোগীকে ক্লোরোফর্ম্ম, ইথার অথবা মেথিলাইন্ দ্বারা অচৈতন করত, এবং বয়স্ক রোগীর পক্ষে, প্রথমে শতকরা ২০ ভাগ কোকেন লোশন দিয়া কন্‌জংটাইভা অসাড় করিয়া, পরে যেস্থানে অস্ত্র করিতে হইবে, তথায় শতকরা ১০ ভাগ কোকেন লোশন ত্বগধঃ পিচকারী করিয়া, ষ্টপ্ স্পেকুলম অথবা এলিভেটর দ্বারা অক্ষিপুটকে বিস্ফারিত রাখিয়া, সাহায্যকারী যে দিকের পেশী কর্ত্তন করিতে হইবে, তাহার বিপরীত-দিকে, একখানি ফর্সেপ্স দ্বারা অক্ষিগোলককে টানিয়া স্থির রাখিলে, অস্ত্রচিকিৎসক কর্ণিয়ার অতিনিকট যে স্থানে পেশী স্ক্লেরটিকের সহিত যুক্ত হইয়াছে, তথাকার নিম্নপ্রান্তের মধ্যবর্ত্তী স্থান হইতে অতিক্ষুদ্র একভাঁজ কনজংটাইভা ও সবকনজংটাইভা একখানি সূক্ষ্ম ফর্সেপ্স দ্বারা ধরিয়া, একখানি সূক্ষ্ম কাঁচি দ্বারা কর্ত্তন করেন। পরে, একটী স্থূলাগ্র ও বক্র হুক্ অতি সাবধানে এই কর্ত্তিত স্থানের মধ্যে, পীড়িত টেণ্ডনের তলদেশ দিয়া প্রবেশিত করত, টেণ্ডনকে ধৃত করিয়া, একখানি কাঁচি দ্বারা পেশীর সমুদায় সূত্রসকলকে স্ক্লেরটিকের

অতি নিকটে ছেদন করেন। তৎপরে, চক্ষু হইতে রক্ত ধৌত ও পরিষ্কার করিয়া, অপর একটী ক্ষুদ্র হুক দ্বারা উর্দ্ধ ও অধোদিকে পেশীর অন্যান্য সূত্রাদি অনুসন্ধান করিয়া, তাহাদিগকেও ছেদন করিয়া থাকেন। প্রথম দিবস চক্ষুতে শীতল জলের কম্প্রেস্ ব্যাণ্ডেজ বন্ধন এবং তৎপরে কিয়দ্দিবস চক্ষু বিশ্রান্ত রাখিতে হয়।"

টেণ্ডন্ অধিক দূর পর্য্যন্ত ছিন্ন হইলে, অস্ত্রসাধনের পর যখন চক্ষু অপর দিকে আবার টেরা হইবার সম্ভাবনা বোধ হয়, তখন সুচার ব্যবহার করিয়া, পেশীকর্ত্তনের ফলোপধায়কতা লাঘব করিতে হয়। এই অস্ত্রসাধন ভন গ্রেফি সাহেবের অপারেশনের সামান্য রূপান্তর মাত্র। এতদ্ব্যতীত ব্যোমান্, ক্রিচেট ও লিব্রিচ সাহেবের প্রবর্ত্তিত অস্ত্রসাধন আছে। তন্মধ্যে লিব্রিচ সাহেবের অস্ত্রসাধনে উভয় চক্ষুতে অস্ত্র করিবার প্রয়োজন হয় না।

নিস্ট্যাগ্মস (Nystagmus)।

এই রোগে চক্ষুর স্নায়ুবিভাগ দুর্ব্বল হইয়া অক্ষিগোলক রোগীর ইচ্ছার প্রতিকূলে এক পার্শ্ব হইতে অপর পার্শ্ব পর্য্যন্ত অথবা ইতস্ততঃ অনবরত ঘুরিতে থাকে। কখন কখন চক্ষুর রেক্টাই পেশীদিগের সঙ্কোচন প্রসারণ প্রযুক্ত অথবা হিষ্টীরিয়া, মৃগী ও কোরিয়া প্রভৃতি স্নায়ুসম্বন্ধীয় পীড়ার পরেও এই রোগ উৎপন্ন হয়। লেড্ দ্বারা বিষাক্ত হইয়া অথবা মস্তিষ্ক ও মেরুদণ্ডের পীড়া স্থলেও এই রোগ হইতে দেখা যায়। পাথুরে কয়লার খনিতে কার্য্য করিয়াও এই রোগ ঘটে; এবং তাদৃশস্থলে চক্ষুকে একেবারে বিশ্রাম দিলে, এই রোগ কিছুদিনের নিমিত্ত স্থগিত থাকে। আলোক প্রতিফলনের বিশৃঙ্খলা অথবা দৃষ্টিপথের অস্বচ্ছতা প্রযুক্ত দৃশ্য বস্তু সচরাচর চক্ষুর নিকটে আনিয়া চক্ষুর পেশী সকলকে শ্রান্ত করায় এই রোগ ঘটে বলিয়া, চক্ষুর দর্শনোপযোগিতার বিশৃঙ্খলার সঙ্গে সঙ্গে কর্ণিয়া ও লেন্সের অস্বচ্ছতা, ষ্ট্রাবিস্মস্ (টেরাদৃষ্টি) ও ধবল রোগে এবং অপ্টিক নার্ভ ও রেটিনার পীড়ায় বালকদিগের জন্ম হইতেই সচরাচর এই রোগ হইয়া থাকে। এই রোগের চিকিৎসা বৃথা। জন্মগত ক্যাটারাক্ট রোগ প্রযুক্ত হইলে, ক্যাটারাক্ট অস্ত্রসাধন করাই শ্রেয়ঃ। দৃষ্টির সুবিধা হইলে, চসমা পরিধান করিতেও পারা যায়।

সপ্তদশ অধ্যায়।

অক্ষিকোটরের রোগ।

অক্ষিগোলকের বহিঃসরণ (Exophthalmos)।

এই রোগকে প্রপ্টোসিস (Proptosis) রোগও বলে। অক্ষিকোটরের প্রায় সমুদায় পীড়ায়, অক্ষিগোলক অল্প বা অধিক পরিমাণে ঠেলিয়া আইসে; সুতরাং ইহা একটী রোগজ লক্ষণ মাত্র। অক্ষিপুট বিস্ফারিত রাখিয়া, শয়িত রোগীকে ঊর্দ্ধস্থ পদার্থাভিমুখে দৃষ্টিক্ষেপ করিতে বলিলে, আমরা উভয় চক্ষু, নাসিকা ও গণ্ডদেশের আকৃতি অনুধাবন করিয়া, এই বহিঃসরণ যৎসামান্য হইলেও তাহা লক্ষ্য করিতে পারি।

স্ফোটক ও সেলুলার টিসুর প্রদাহ (Cellulitis & Abscess)।

অক্ষিকোটরস্থ সেলুলার অর্থাৎ শিথিল টিসুর প্রবল প্রদাহে, অক্ষিপুট স্ফীত, উষ্ণ ও গাঢ় আরক্তিম, এবং কঞ্জংটাইভা সর্ব্বত্র সমভাবে আরক্তিম ও কিমোসিসযুক্ত, চক্ষুতে ও চক্ষুর চতুষ্পার্শ্বে, বিশেষত তদ্দিকস্থ মস্তক ও গ্রীবাদেশ পর্য্যন্ত স্থানে, অনবচ্ছিন্ন ধপ্‌ধপায়মান ভয়ানক যাতনা, এবং শরীরে জ্বরবোধ, নিদ্রারাহিত্য ও দুঃস্বপ্ন ইত্যাদি লক্ষণ প্রকাশিত হইয়া চক্ষু ক্রমশ সম্মুখে এত বহির্গত হইয়া আইসে যে, উহাকে অক্ষিপুট দ্বারা আবৃত রাখা, অথবা ইতস্ততঃ সঞ্চালিত করা, অথবা উহাতে অঙ্গুলি দিয়া চাপ দেওয়া, দুরূহ হইয়া থাকে। কনজংটাইভা শুষ্ক এবং কর্ণিয়া অস্বচ্ছ না হইলেও ক্রমে অল্প বা অধিক দৃষ্টিলোপ হয়। এই প্রদাহে, অক্ষিগোলক পেরিয়ষ্টাইটিস রোগের ন্যায় অধোদিকে ও অপাঙ্গদেশে বহিঃসৃত হয় না; অথবা কোন নির্দ্দিষ্ট স্থানে অঙ্গুলির চাপে ভয়ানক যন্ত্রণা অনুভূত হয় না। ক্রমে পূয় উৎপন্ন হইয়া, তাহা অক্ষিকোটরের তলদেশ হইতে পুটীয় অথবা চক্ষুর কনজংটাইভার অভ্যন্তরে আইসে; এবং অঙ্গুলি দিয়া টিপিয়া দেখিলে,

তন্মধ্যে পূয় টল টল করিতেছে বোধ হয়। পরে, সেই পূয় তথা হইতে স্বয়ং নির্গত হইয়া পড়ে; সুতরাং যাতনাদির অনেক নিবৃত্তি হইয়া চক্ষু পূর্ব্ববৎ কোটরস্থ হয়। কিন্তু, কখন কখন সপিউরেটিভ কেরাটাইটিস অথবা অপ্টিক নার্ভের য়্যাট্রোফি ঘটিয়া চক্ষু বিনষ্ট হয় ও চুপসিয়া যায়।

অতি শীর্ণ ও বৃদ্ধ, উপদংশ রোগাক্রান্ত অথবা স্ক্রফুলাধাতুবিশিষ্ট ব্যক্তির সন্ততিগণের এই রোগ হইলে, কখন কখন উপর্য্যুক্ত লক্ষণাদি এত অপ্রবল-ভাবে প্রকাশিত থাকে যে, তথায় এই রোগ টিউমার বলিয়া ভ্রম হইতে পারে। কিন্তু টিউমার হইলে, চক্ষু ঠিক সম্মুখদিকে ঠেলিয়া না আসিয়া একতর পার্শ্বেই বহিঃস্থত হয়; এবং চক্ষুর কোটরাভ্যন্তরে নিডল প্রবেশিত করিলে, পূয় নির্গত হয় না। এই রোগের প্রবল অবস্থায়, সচরাচর চক্ষু বিনষ্ট হইয়া যায় এবং রোগীর জীবনাশঙ্কাও উপস্থিত হয়।

কারণ।—এই রোগ স্বয়ং অথবা ইরিসিপিলাস রোগের সহবর্ত্তী হইয়া হয়। সচরাচর আঘাতাদি দ্বারাই এই রোগ জন্মে। কোন বাহ্য পদার্থ সন্নিবিষ্ট থাকিয়া সেপ্টিসিমিয়া প্রযুক্ত অথবা ল্যাক্রিমাল গ্লাণ্ডের প্রদাহ, অক্ষিকোটরে কেরিজ, নিক্রোসিস ও পেরিয়ষ্টাইটিস প্রভৃতি রোগেও এই রোগ উৎপন্ন হইতে পারে।

চিকিৎসা।—আঘাতের পরেই শীতল জল অথবা জোঁক প্রভৃতি দ্বারা প্রদাহ হ্রাস, অথবা পোল্টিস ও সেঁকাদি দ্বারা পূয বৃদ্ধি করিয়া, ফ্লকচুয়েশন, স্ফীতি ও স্ফোটকের মুখ ইত্যাদি অনুধাবন করিয়া, তৎস্থান চিরিয়া উক্ত পূয় বহির্গত এবং প্রত্যহ ড্রেনেজ টিউব ও পচননিবারক ঔষধাদি প্রয়োগে পরিষ্কার করিয়া, উক্ত ক্ষত আরোগ্য করিতে হয়। নিক্রোসিস ও প্যানফথ্যাল-মাইটিস প্রভৃতি রোগ বিদ্যমান থাকিলে, তদনুরূপ চিকিৎসাদি করিতে হয়।

এই রোগ ইরিসিপিলাস রোগের সহিত জটিল হইলে, প্রদাহ নিবারণের চেষ্টা না করিয়া, নাড়ীর বেগ ও গাত্রের উষ্ণতা দেখিয়া, বলকর ও তেজস্কর ঔষধ ও খাদ্যাদি দ্বারা রোগীর বলবৃদ্ধি করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। ডাং ম্যাক্নামারা সাহেব এরূপ স্থলে, টিং সেস্কুই-ক্লোরাইড অব আয়রণ সেবন করিতে পরামর্শ দেন; এবং নিদ্রারাহিত্য ও বেদনা নিবারণার্থে আফিঙ্গ ও ক্লোরাল হাইড্রেট প্রভৃতি সেবন করিতে বলেন। জ্বরজ লক্ষণাদি থাকিলে,

ফিবার মিক্‌শ্চার ও কুইনাইন মিক্‌শ্চার ও অন্যান্য ঔষধাদিও (১৬, ১৪৬, ১৪৭, ১৪৮ ব্য) ব্যবস্থিত হয়।

পেরিয়ষ্টাইটিস (Periostitis)।

আঘাত ও উপদংশ প্রভৃতি যে সকল কারণে সেলুলাইটিস রোগ জন্মে, সেই সকল কারণেই এবং হঠাৎ ঋতু-পরিবর্ত্তন ও শৈত্যস্পর্শে অক্ষিকোটরাস্থির পেরিয়ষ্টিয়ম প্রবল ও অপ্রবলভাবে প্রদাহিত হইয়া থাকে। শরীর ও চক্ষুর লক্ষণাদি দেখিয়া, এই রোগকে সেলুলাইটিস্ রোগ বলিয়া ভ্রম হইতে পারে; এবং কখন কখন্ এই উভয়বিধ রোগই একত্রে উপনীত হয়। পেরিয়ষ্টাইটিস্ রোগে, যন্ত্রণাপ্রদ চক্ষুতে অঙ্গুলির চাপ দিলে, কোন এক নির্দ্দিষ্ট স্থানে যন্ত্রণার আধিক্য হয়, এবং যে দিকের অস্থি প্রদাহিত হয়, চক্ষু তাহার বিপরীত দিকে ঠেলিয়া আইসে। এই রোগও সচরাচর অল্পবয়স্ক ব্যক্তিদিগের হইয়া থাকে; এবং ইহাতে অক্ষিকোটরে পূয়োৎপত্তি হয়। অপ্রবল প্রদাহে, অস্থি পর্য্যন্ত পীড়িত হইলে, কেরিজ অথবা নিক্রোসিস ঘটিয়া মস্তিষ্কাবরণাস্থি পর্য্যন্ত পীড়িত হয়; অথবা মেনিঞ্জাইটিস কিম্বা মস্তিষ্কে পূয়োৎপত্তি হইতে পারে।

চিকিৎসা।—সেলুলাইটিস রোগের ন্যায় এই রোগেও স্থানিক ও শারীরিক দ্বিবিধ চিকিৎসা করিতে হয়। পূয়োৎপত্তি অনুমিত হইলে, অথবা প্রবল স্থলে পোল্টিস ও সেঁকাদি দ্বারা পূয়োৎপত্তি করিয়া বিশেষ সতর্ক হওতঃ সত্বর পূয বহির্গত করা উচিত। উপদংশজনিত অপ্রবল প্রদাহে, কোন প্রকার মার্কিরির সহিত পূর্ণমাত্রায় আইওডাইড ও ব্রোমাইড অব পোটাসিয়ম (১১৬, ১১৭, ১১২ ব্য) সেবনের ব্যবস্থা দেওয়াই উচিত। কিন্তু সর্ব্বস্থলেই কড্ লিভার অয়েল ও পুষ্টিকর খাদ্য প্রভৃতি দ্বারা রোগীর স্বাস্থ্যরক্ষায় বিশেষ যত্ন রাখিতে হয়। বেদনা নিবারণ ও লিম্ফ আশোষণার্থে দিবাভাগে ভ্রূদেশে অঙ্গু হাইড্। বেলেডোনা (৭২ ব্য) ম্রক্ষণ অথবা মর্ফিয়ার পিচকারী অথবা সময়ে সময়ে ৫ গ্রেণ মাত্রায় পিল স্যাপোনিজ কম ওপিও সেবন বৈধ।

কেরিজ, নিক্রোসিস ও ফিশ্‌চ্যুলা।

Caries, Necrosis & Fistula.

ইতিপূর্ব্বেই উক্ত হইয়াছে যে, অক্ষিকোটরের সেলুলার টিস্যু ও পেরিয়ষ্টিয়মের প্রদাহে তত্রস্থ অস্থি সকলে কেরিজ ও নিক্রোসিস রোগ হইতে পারে; সুতরাং অক্ষিপুটের স্ফীতি প্রভৃতিও এই সকল রোগে লক্ষিত হইয়া থাকে। ক্রমে, অক্ষিপুটে অক্ষিকোটরস্থ স্ফোটকের মুখ হইয়া ও তাহা ফাটিয়া গিয়া পূয নিঃসৃত হইয়া যায়। এই ফাটা মুখ দিয়া অত্যল্প তরল মিউকস বিশিষ্ট রস নির্গত হইতে থাকে; এবং তাহা কিছুকাল ফিশ্‌চ্যুলার আকার ধারণ করে। এই ফিশ্‌চ্যুলার অভ্যন্তরে প্রোব চালাইলে, নিক্রোসিস প্রাপ্ত অর্থাৎ গলিত, কোমল বা পৃথগ্‌ভূত অস্থি অনুভূত হইয়া থাকে। ক্রমে বহুদিবস পরে, উক্ত ক্ষত শুষ্ক হইয়া যায় এবং অক্ষিপুটে এক্ট্রোপিয়ম রোগোৎপত্তি হইয়া, ল্যাগপথ্যাল্‌মস্ প্রভৃতি আনুষঙ্গিক ঘটনা উপস্থিত করে। চক্ষু দেখিয়া, বাহিরে কোন রোগ লক্ষিত না হইলেও, এই রোগে অপ্টিক ডিস্ক চুপসিয়া দৃষ্টি বিনষ্ট হয়।

কেরিজ রোগে রোগীর মৃত্যু ঘটিতে পারে। সামান্যতর স্থলে, রোগী ক্ষীণ, দুর্ব্বল, বাত ও উপদংশ গ্রস্ত না হইলে, এই রোগ আরোগ্য হইলেও প্রত্যাবৃত্ত হইতে পারে। অক্ষিকোটরাস্থির সর্ব্বস্থানেই, বিশেষত অক্ষিগোলকের তলবর্ত্তী স্থানে এই রোগ সচরাচর ঘটে।

চিকিৎসা।—ফিশ্‌চ্যুলা আরোগ্য করা অতিশয় কষ্টদায়ক। ফরাসিস ডাক্তারদিগের লাইকুয়ার ভিলেট্ বা তদ্রূপ অন্য কোন ঔষধ ৩।৪ দিবস অন্তর উক্ত ফিশ্‌চ্যুলার অভ্যন্তরে পিচকারী দিয়া প্রবেশিত করিলে, প্রথম প্রথম সামান্য প্রদাহ আনয়ন করিয়া পরিশেষে কোন কোন স্থানে পীড়িত অস্থি পর্য্যন্তও সুস্থ করে। লিকুইড্ সব্-এসিটেট্ অব লেড ৩০ ভাগ, সলফেট অব কপার ১৫ ভাগ, সলফেট অব জিঙ্ক ১৫ ভাগ এবং শ্বেত ভিনিগার ২০০ ভাগ, একত্রে মিশ্রিত করিয়া, এই ঔষধ (Liqr Villate) প্রস্তুত হইয়া থাকে। পেরিয়ষ্টাইটিস্ রোগের ন্যায় স্ফোটকস্থ পূয নিঃসরণ ও পোল্টিস প্রদান প্রভৃতিও এই নিক্রোসিস্ রোগের চিকিৎসা। এইরূপে কিছুকাল পরে,

কিঞ্চিৎ অস্থিও পৃথগ্‌ভূত হইয়াছে, প্রোবের দ্বারা এরূপ বোধ হইলে, অক্ষি-পুটস্থ উক্ত বিদারণ কিঞ্চিৎ বর্দ্ধিত করিয়া, ফর্সেপ্স দ্বারা উক্ত পৃথগ্‌ভূত অস্থি বহিষ্কৃত করা বিধেয়। অক্ষিকোটরের নির্ম্মাণ অতি জটিল ও পরস্পর গূঢ়-সম্বন্ধে জড়িত; সুতরাং বিশেষ প্রয়োজন না হইলে, তথায় অস্ত্রাদি চালনা করা বৈধ নহে। ল্যাগপ্‌থাল্‌মস্ ও একট্রোপিয়ম রোগের চিকিৎসা তত্তৎ-প্রকরণে বর্ণিত হইয়াছে। কেরিজ অর্থাৎ অস্থিক্ষত রোগে চর্ম্ম ক্ষতের ন্যায় শারীরিক ও স্থানিক চিকিৎসা করিতে হয়। উপদংশজ স্থলে, আয়রণের সহিত আইওডাইড অব পোটাস (১০৩ ব্য), আইওডাইড ব্রোমাইড মিক্‌শ্চার (৭১৬ ব্য), ষ্ট্রুমস স্থলে, কডলিভার অয়েল, সিরপ ফেরি আইওডাইড, সিরপ হাইপোফস্ফাইট অব আইরণ প্রভৃতি সেব্য; এবং তৎসঙ্গে সমুদ্রবায়ু সেবন, দুগ্ধ ও ডিম্ব প্রভৃতি বলকর খাদ্য ব্যবস্থনীয়। চক্ষুতে প্রযোজ্য ঔষধের মধ্যে, কার্বলিক অথবা জিঙ্ক ক্লোরাইড লোশন (২৬, ১৬ ব্য) প্রত্যহ দুই বার গ্লাসের পিচকারী দ্বারা পিচকারী দিতে হয়। একটী ঔষধে প্রদাহবৃদ্ধি হইলে, অপর ঔষধটী ব্যবহার করিতে হয়।

ক্যাপ্‌সিউল অব টিননের প্রদাহ (Tenonitis)।

ক্যাপ্‌সিউল অব টিনন অর্থাৎ যে সৌত্রিক কোষের মধ্যে অক্ষিগোলক নিহিত আছে, তাহাও কখন কখন বাত ও রেলওয়ে ভ্রমণ প্রভৃতি শৈত্য-কারক কার্য্যে, হঠাৎ ঋতুপরিবর্ত্তনে, ক্যাটারাক্ট প্রভৃতি অস্ত্রসাধনের পর, আইরিডো-কোরইডাইটিস রোগে, টিনোটমী অস্ত্রসাধনে, অধিক দূর পর্য্যন্ত স্ক্লেরটিক ছিন্ন হওয়ায়, এবং আঘাত লাগিয়া, অথবা নিকটবর্ত্তী নির্ম্মাণ হইতে উহাতে ইরিসিপিলাস প্রদাহ বিস্তৃত হইয়াও প্রদাহিত হইয়া থাকে।

এই রোগে কর্ণিয়া, আইরিস ও চক্ষুর গর্ভস্থ অবয়ব সকল বিলক্ষণ সুস্থ থাকে, এবং দৃষ্টিরও কোন ব্যাঘাত ঘটে না। অক্ষিপুট ও কনজংটাইভা সামান্য স্ফীত ও আরক্তিম হইয়া থাকে। চক্ষুতে সামান্য বেদনা, কনজংটাই-ভায় সামান্য কিমোসিস ও অক্ষিগোলকের সামান্য বহিঃসরণও এই রোগে ঘটে। সচরাচর ২।১ মাসের মধ্যেই এই রোগ স্বয়ং আরোগ্য হইয়া যায়।

চিকিৎসা।—উত্তপ্ত কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ বন্ধনে রোগী বিলক্ষণ আরাম বোধ করে; এবং পুনঃ পুনঃ অধিক মাত্রায় আইওডাইড অব পোটাসিয়ম সেবন করিতে হয়। এই রোগের চিকিৎসা করিতে হইলে, আঘাতাদি জনিত স্থলে, শীতল জলের পটি এবং অতিরিক্ত প্রদাহবৃদ্ধি হইলে, সেঁক ও বেলেডোনার প্রলেপ ও কপোলদেশে জোঁক প্রভৃতি ব্যবহৃত হইতে পারে।

এক্সপ্থ্যাল্মিক গয়েটার (Exophthalmic Goitre)।

ডাং গ্রেভিবর্ণিত ও ডাং বেসিডোর উল্লিখিত এই নেত্রগণ্ড রোগের প্রকৃত কারণ অদ্যাপিও অজ্ঞাত আছে; সুতরাং উহার প্রকৃতি ও লক্ষণাদি স্পষ্ট অবগত হওয়া দুঃসাধ্য। অনবরত হৃদ্বেপন, দ্রুতবেগ নাড়ী (মিনিটে ১২০—১৫০ আঘাত), উদ্গার, বমন, অজীর্ণতা এবং থাইরোয়িড গ্ল্যাণ্ডের স্ফীতি এবং নিদ্রারাহিত্য, আমাশয় ও কোষ্ঠবদ্ধ এবং অক্ষুধা প্রভৃতি শারীরিক বৈলক্ষণ্য এই রোগে ঘটে। চক্ষু নাসিকাদিকে এত বহিঃস্থত হইয়া আইসে যে, তাহাকে অক্ষিপুট দ্বারা আবৃত করা দুঃসাধ্য হইয়া থাকে; সুতরাং কর্ণিয়া সতত অনাবৃত থাকায়, উহাতে ক্ষত জন্মিয়া চক্ষু বিনষ্ট হইয়া চুপসিয়া যাইতে পারে। কনজংটাইভা ও অক্ষিপুট আরক্তিম, স্ফীত ও ইডিমাযুক্ত হয়।

উভয় চক্ষুতেই এবং পুরুষাপেক্ষা স্ত্রীলোকদিগেরই সচরাচর এই রোগ হইয়া থাকে। স্ত্রীলোকদিগের রজসাভাব ও ক্লোরোসিস প্রভৃতি রোগে, গর্ভাবস্থায় এই রোগ ঘটে। পুরুষদিগের পক্ষে, অতিরিক্ত পরিশ্রম, রক্তাল্পতা, চিত্তবৈকল্য ও মানসিক ভয়াদি প্রযুক্ত এই রোগ জন্মে। এই রোগের গতি অতি মৃদু এবং ইহা পুনঃ পুনঃ ঘটিতে পারে। এই রোগে, চক্ষুগর্ত্তে সামান্য আরক্তিমতা ভিন্ন কোন বিশেষ বৈলক্ষণ্য দেখিতে পাওয়া যায় না। তবে, কিঞ্চিৎ হাইপারমিট্রোপিয়া দোষ জন্মে; এবং অধিকক্ষণ পর্য্যন্ত কোন বস্তুর প্রতি দৃষ্টিক্ষেপ করিতে পারা যায় না। কোন কোন স্থলে বহুদিবস পরে, এই রোগ স্বয়ং আরোগ্য হয় এবং তৎসঙ্গে শারীরিক বিশৃঙ্খলাও নিবৃত্তি পায়। কিন্তু, কর্ণিয়া বিনষ্ট হওয়ায়, এই রোগে অনেক সময়ে চক্ষু ও দৃষ্টি বিনষ্ট হইয়া যায়।

চিকিৎসা।—এই রোগের আনুষঙ্গিক শারীরিক বিশৃঙ্খলাদি যাহাতে

নিবৃত্তি পায়, তদ্বিষয়ে দৃষ্টি রাখিয়া, সৎপথ্য এবং কুইনাইন ও ষ্টীল প্রভৃতি বলকর ঔষধ ব্যবহার করা উচিত। হৃৎকম্পন নিবৃত্তির নিমিত্ত সতর্ক হইয়া পুনঃপুনঃ পূর্ণ মাত্রায় টিং ডিজিটেলিজ ব্যবহার করা কর্ত্তব্য। আইওডীনও এই রোগে ব্যবহৃত হইয়া থাকে। ডাং ট্রাউসো কেবল উপযুক্ত জল চিকিৎসা দ্বারা এই রোগ আরোগ্য হয় বলেন। এই নিমিত্ত প্রিকর্ডিয়ম এবং থাইরোইড প্রদেশে বরফ লাগাইতে হয়। ব্রোমাইড অব পোটাস, ওপিয়ম এবং ক্লোরাল ব্যবহারে উপকার হয়। বেলেডোনা শুনিতে মন্দ হইলেও ব্যবহারে বিশেষ উপকার দর্শে। ভিরেট্রম ভিরাইড সতর্ক হইয়া প্রদান করিলে, নাড়ীবেগ মৃদু হয়, অথচ ডিজিটেলিজের ন্যায় আর্টারির বিতান বৃদ্ধি করে না। আয়রণ ব্যবহারে অপকার ঘটে। দৃঢ়বদ্ধ কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজে বিশেষত কর্ণিয়া আবিল হইলে, অনেক উপকার দর্শে। এই রোগে ফ্যারাডি বা গ্যালভানিক ব্যাটারি ব্যবহার করিয়া অনেকে আরোগ্য হইয়াছেন। ঊর্দ্ধদিকে ঊর্দ্ধপুটের আকর্ষণ নিবারণ করিতে হইলে, লিভেটার প্যাল্পিব্রি পেশীকে ছেদন করিয়া দিতে হয়।

টিউমার।

অক্ষিকোটরে যে সমস্ত টিউমার উদ্ভূত হয়, এই ক্ষুদ্র পুস্তকে তাহাদিগের পৃথক পৃথক বর্ণনা করা দুঃসাধ্য। বাস্তবিক, ফাইব্রস্, ফাইব্রইড, সার্কোমেটস্, সাঙ্গুইনস, ফ্যাটী, ওসিয়স, বোনি ও কার্টিলেজিনস, এন্কেফালইড, সিষ্টিক, স্কিরস, মেডিউলারি ক্যান্সার (যাহা দেখিতে ফুলকপির ন্যায়, পার্শ্বস্থ চিত্র দেখ), মেলানোটীক ও ইপিথিলীয়াল ক্যান্সার এবং ইরেক্টাইল টিউমার প্রভৃতি যে সকল রক্তশিরাময় টিউমার এবং মেনিঙ্গোসিল ও অষ্টিওমা বা এক্সষ্টোসিস প্রভৃতি অস্থিময় বিবর্দ্ধন যাহা সচরাচর শরীরের অন্যান্য অবয়বে উৎপন্ন হয়, সে সমস্তই অক্ষিকোটরে উৎপন্ন হইয়া থাকে। জন্মগত ভিনস নিভসও অক্ষিকোটরে উৎপন্ন হয়।



টিউমার ক্রমে যত বৃহৎ হইতে থাকে, অক্ষিগোলক উহার প্রতিচাপ

অনুসারে ততই বহিঃস্থত হইয়া অক্ষিকোটর ত্যাগ করত, একেবারে চক্ষুর বহির্দ্দেশে, গণ্ড ও ভ্রূদেশে আসিয়া পড়ে। এদিকে অক্ষিগোলক যত বহির্গত হইতে থাকে, উহার সঞ্চালনও তত হ্রাস হইতে থাকে; এবং অপ্টিক নার্ভে চাপ পড়িয়া, অথবা তাহাতে প্রদাহ উপস্থিত হইয়া দৃষ্টিও ক্রমশ বিনষ্ট হইতে থাকে। কোন কোন স্থলে দ্বিদৃষ্টিও ঘটে। অক্ষিপুট এত স্ফীত ও ইডিমা-যুক্ত হয় যে, তদ্দ্বারা টিউমারের প্রকৃতি অবগত হওয়া দুঃসাধ্য হইয়া থাকে। উর্দ্ধদিকে টিউমার হইলে, উর্দ্ধপুটের টোসিস হয়; এবং অপরাপর স্থলে, অক্ষিপুটদ্বয় অতিশয় উল্টাইয়া যায় এবং পুটীয় কনজংটাইভা স্ফীত হয় ও মাংসাকৃতি ধারণ করে। কিমোসিস হইয়া কনজংটাইভা মলিন রক্তবর্ণ হয়। কর্ণিয়া অনাবৃত থাকায়, ক্রমে ক্ষতাদি দ্বারা গলিত হইলে, তৎপরবর্ত্তী ঘটনাদি উপস্থিত হয়। এই সকল টিউমারের মধ্যে কতকগুলি নির্দ্দোষ বা বিনাইন। অবশিষ্ট গুলি সদোষ বা ম্যালিগ্‌নেণ্ট ও তন্মধ্যে কোন কোনটী নিষ্কাশিত হইলেও পুনঃপ্রত্যাবৃত্ত হইয়া থাকে; এবং রোগীর জীবননাশের কারণ হইয়া পড়ে। অক্ষিকোটরে টিউমার হইলে, মুখগহ্বর, নাসাগহ্বর, গলনলী প্রভৃতি নিকটবর্ত্তী স্থানের অবস্থাও পর্য্যবেক্ষণ করা উচিত।

চিকিৎসা।—অবস্থান, আকৃতি, বর্দ্ধন ও তজ্জনিত আশঙ্কা এবং রোগীর শারীরিক স্বাস্থ্য ইত্যাদি অনুধাবন করিয়া, এই সকল টিউমারে অস্ত্রসাধন করিতে হয়। অস্ত্রসাধন সময়ে, ম্যালিগ্‌নেণ্ট টিউমারের কিয়দংশও যাহাতে অবশিষ্ট না থাকে, তদ্বিষয়ে বিশেষ যত্ন করিতে হয়। নতুবা উহারা পুনরুদ্ভূত হইতে পারে। চক্ষুর দৃষ্টি থাকিলেও বিশেষ সতর্ক হইয়া অস্ত্রসাধন করিতে হয়। চক্ষু বিনষ্ট না করিয়া টিউমার নিষ্কাশিত করিতে পারিলে, তাহা করা কর্ত্তব্য। এবম্বিধ স্থলে, সমতলভাবে কনজংটাইভাকে বিদারিত করিয়া, ঐ সকল টিউমার নিষ্কাশিত হইয়া থাকে। আবশ্যক হইলে, কর্ণদিকস্থ পুটসন্ধি বিভাজিত করিয়া অস্ত্রসাধন করা উচিত। টিউমার নিষ্কাশিত করিবার সময়, পাছে সান্নিধ্যবর্ত্তী কোন বিধান আহত হয়, এই আশঙ্কায় বিশেষ সতর্ক হইয়া ছুরিকা ও কাঁচি প্রভৃতি অস্ত্র চালনা করিতে হয়। সাধ্যায়ত্ত হইলে, টিউমারের সংযোগ অঙ্গুলির অগ্র, স্ক্যাল্‌পেলের বাঁট অথবা ছুরিকার অগ্রভাগ দ্বারা শিথিল করা উচিত। অক্ষিকোটরের প্রান্তে

ক্ষুদ্র টিউমার উদ্ভূত হইলে, তাহা নির্ভয়ে নিষ্কাশিত করা যায়। কিন্তু উহারা বৃহৎ হইলে এবং চক্ষুর গর্ভদেশ হইতে উদ্ভূত হইলে, চক্ষু ও পীড়িত অস্থিসমেত উহাদিগকে সমূলে নিষ্কাশিত করা উচিত (৪৪৪ পৃষ্ঠা দেখ)। কিন্তু উহারা এইরূপে সমূলে নিষ্কাশিত হইলেও অস্ত্রজনিত প্রদাহ মস্তিষ্কে সঞ্চারিত হইয়া, অথবা ইরিসিপিলাস রোগে, রোগীর মৃত্যু হইতে দেখা গিয়াছে। টিউমার নিষ্কাশিত হইবার পরেই যদি কোন স্থলে, উহার কিয়দংশ অবশিষ্ট থাকে এরূপ বোধ হয়, তবে তথায় বিশেষত যে যে স্থান দিয়া রক্তক্ষরণ হইতে থাকে, সেই সেই স্থান তপ্ত লৌহ অথবা অন্য কোন প্রকার ক্ষয়কারক ঔষধ দ্বারা দগ্ধ করিয়া, এবং রক্তরোধ হইলে, কর্ত্তিত স্থানে ক্লোরাইড অব জিঙ্ক পেষ্ট সমার্দ্র লিণ্ট প্রয়োগ করা উচিত। তৎপরে প্রত্যহ ক্লোরাইড অব জিঙ্ক এবং গ্লীসারীণের (জিঙ্ক ক্লোরাইড ২ গ্রেণ, গ্লীসারীণ ½ ড্রাম, জল ১ আউন্স) পিচকারি দিয়া অক্ষিকোটর ধৌত করিয়া, কার্ব্বলিক অয়েলে সিক্ত লিণ্টাদি দ্বারা ক্ষতস্থান আবৃত রাখিতে হয়। অস্থিময় টিউমার নিষ্কাশন করা উচিত নহে। উহারা কখন কখন স্বতঃ আরোগ্য হয়। ইরেক্টাইল টিউমারে ক্যারোটিড আর্টারি বন্ধন, পারক্লোরাইড অব আয়রণ বা ট্যানিক এসিডের পিচকারী অথবা সময়ে সময়ে গ্যালভ্যানিক কটারি দ্বারা চিকিৎসা করিতে হয়।

য়্যানিউরিজম (Anurisms)।

কোন প্রকার আঘাত লাগিয়া অথবা অন্য কোন কারণে, কখন কখন অপ্‌থাল্মিক আর্টারির অথবা রেটিনার সেণ্ট্রাল আর্টারির আবরণ প্রসারিত হইয়া থাকে, এবং কখন কখন আঘাতে আর্টারি ছিন্ন হইয়া অক্ষিকোটরের সেলুলার টিসুতে রক্তোৎপ্রবিষ্ট হইয়া, তাহা একটী থলির মধ্যে অবস্থান করে। অল্প বা অধিক পরিমাণে অক্ষিগোলকের বহিঃসরণ এবং তদনুসারে অক্ষিপুট ও কনজংটাইভার স্ফীতি ও আরক্তিমতা এই রোগের লক্ষণ। দৃষ্টি ক্রমশ বিনষ্ট হইতে থাকে, এবং স্থলবিশেষে বেদনার আধিক্য ঘটে; এবং চক্ষুসঞ্চালনে কষ্টবোধ হয়। এইরূপে অক্ষিকোটরের প্রান্তের নিকটে কোন-স্থানে একটী নীলাভ, স্থিতিস্থাপক ও কোমল টিউমার দৃষ্ট হয় ও তাহাতে নাড়ীর গতির ন্যায় গতি অনুভূত হয়। রোগী চক্ষুতে এবং পরীক্ষক অঙ্গুলি

দ্বারা এই গতি অনুভব করিতে পারেন। ষ্টিথেস্কোপ দিয়া শ্রবণ করিলে, এই স্থানে এক প্রকার হুপ্ হুপ্ শব্দ অনুভূত হয়। হাঁচি, কাশি, হাস্য ও ক্রন্দন এবং মস্তক অবনত করা প্রভৃতি কার্য্যে এই সকল লক্ষণের বৃদ্ধি ঘটে। কখন কখন বালকেরা জন্ম হইতে এই রোগে আক্রান্ত হয়। সমবস্থায়ী ক্যারোটিড আর্টারি লিগেচার দ্বারা সংবদ্ধ করিয়া রাখিলে, অথবা তাহাকে দুইটী অঙ্গুলির মধ্যে চাপিলে, এই নাড়ীগতি স্থগিত, এবং চাপ দিলে, টিউমার খর্ব্ব হইয়া আইসে। সাবধান হইয়া উহাতে লিগেচর বন্ধন করিতে হয়। এতদ্ব্যতীত এই রোগের অন্য কোন বিশেষ ব্যবস্থা নাই।

রক্তোৎপ্রবেশন (Effusion of blood)।—ভয়ানক আঘাতে অথবা কোন পদার্থ প্রবেশনে অক্ষিকোটরে শীঘ্র শীঘ্র রক্তোৎপ্রবিষ্ট হইয়া পড়ে। কখন কখন চক্ষু অতিরিক্ত সঞ্চালনে অথবা স্বতঃই উহাতে রক্তোৎপ্রবিষ্ট হয়। এই রোগে চক্ষু বহিঃসৃত হইতে থাকে এবং চক্ষুর সঞ্চালন ও দৃষ্টির ব্যাঘাত হয়। অক্ষিপুট ও কনজংটাইভা স্ফীত, বিবর্ণ, ঘৃষ্ট ও রক্তসংহত এবং ক্রমে কিমোসিস যুক্ত হয়।

চিকিৎসা।—রক্ত আশোষিত হইবে বলিয়া, শীতল জলের পটি ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষু দৃঢ়বদ্ধ করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। কখন কখন অতিশয় রক্তোৎপ্রবিষ্ট হইয়া চক্ষু সমধিক বহির্গত হইয়া পড়িলে, চিরিয়া উক্ত রক্ত নির্গত করা ব্যবস্থিত হইয়া থাকে। রক্তোৎপ্রবেশ হইলে, আমেরিকাবাসী চিকিৎসকেরা ২০ ফোটা বেজেনিন প্রত্যহ তিন বার করিয়া সেবন করিতে ব্যবস্থা দেন।

ইম্ফিসিমা।—ল্যাক্রিমাল স্যাক অথবা এথময়িডাল সেল্‌স ছিঁড়িয়া যাইলে, বা ফ্রণ্টাল সাইনস ভগ্ন হইলে, অক্ষিকোটর ও অক্ষিপুটে বায়ুপ্রবিষ্ট হইয়া, চক্ষুর বহিঃসরণ প্রভৃতি উপর্য্যুক্ত লক্ষণাদি প্রকাশিত হয়। স্পর্শ করিলে, এই স্ফীতি স্থিতিস্থাপক ও শব্দায়মান অনুমিত হইয়া থাকে।

ইডিমা।—সেলুলার টিস্থর ইডিমা রোগেও অক্ষিগোলক ঠেলিয়া আইসে; এবং পেরিয়ষ্টাইটিস রোগের ন্যায় ভয়ানক হইয়া মস্তিষ্কের পীড়াদি আনয়ন করে। এই ভয়ানক অবস্থায় উহা ক্যাভার্নস সাইনসের থ্রম্বোসিস রোগে পরিণত হয়।

ক্যাভার্নস সাইনসের থ্রম্বোসিস।—ইহা অক্ষিকোটরের রোগ না হইলেও এস্থানে ইহার উল্লেখ আবশ্যক। অক্ষিগোলকের অল্পাধিক বহিঃসরণ, তুই একটী পেশীর পক্ষাঘাত, ললাটে শৈরিক বেদনা, ললাট ও নাসিকা প্রভৃতি যেখানে সুপ্রা-অর্বিটাল, সুপ্রা-টকৃলিয়ার ও নেজাল স্নায়ু গতিবিধি করে, তথাকার স্পর্শচেতনা না থাকা, কর্ণিয়ার স্পর্শচেতনা না থাকা, সেলুলার টিসুর ইডিমা, প্রভৃতি লক্ষণ আঘাতাদি কারণে জন্মিয়া রোগীর জীবনাশঙ্কা প্রদান করে।

নিকটবর্ত্তী গহ্বরাদি হইতে অক্ষিকোটরে চাপ।—প্রদাহ অথবা পলিপস প্রভৃতি অন্য কোন কারণে য়্যান্ট্রম বা ফ্রন্টাল সাইনস প্রভৃতি অক্ষিকোটরের নিকটস্থ গহ্বরাদি সঙ্কুচিত হইলে, অক্ষিকোটরও তদনুসারে সঙ্কুচিত ও বিকৃতাঙ্গ হয়; এবং অক্ষিগোলকের সঞ্চালনে ও দৃষ্টিবিষয়ে ব্যাঘাত জন্মে।

ভ্রূদেশে যাতনা এই রোগে অনুক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। প্রবল স্ফোটকাদি হইয়া প্রথমাবস্থায় নাসিকা অথবা অক্ষিকোটরের অভ্যন্তরে পূয় সঞ্চারিত হইতে থাকে। অক্ষিকোটরে পূয় সঞ্চারিত হইলে, অক্ষিপুট স্ফীত ও আরক্তিম হয় এবং উর্দ্ধপুট ঝুলিয়া পড়ে। ভ্রূ, নাসিকা ও চক্ষু এই তিনের সম্মিলন স্থানে, একটী ক্ষুদ্র স্থিতিস্থাপক টিউমার উদিত হইয়া, ক্রমে অক্ষিগোলককে কর্ণ ও গণ্ডদেশাভিমুখে ঠেলিয়া দেয় ও ক্রমে অক্ষিগোলকের সঞ্চালন হ্রাস হইয়া দ্বিদৃষ্টিও জন্মে। চিরিয়া না দিলে, অপাঙ্গদেশে চক্ষুর পাতা ফাটিয়া পূয় স্বয়ং বহির্গত হইয়া পড়ে; এবং তাহা ল্যাক্রিমাল স্যাকের ফিশ্চুলা বলিয়া ভ্রম হইতে পারে। স্রোব উর্দ্ধ ও অন্তর্দ্দেশাভিমুখে বহুদূর গমন করে বলিয়া, সেই ভ্রম নিবাকৃত হইয়া থাকে। হঠাৎ পতিত হইয়া, অথবা অন্য কোন কারণে উক্ত অংশে আঘাত লাগিয়া, অথবা স্বতঃই এই রোগ উৎপন্ন হয়। এই রোগ প্রবল ও পুরাতন দ্বিবিধ লক্ষণাক্রান্ত।

চিকিৎসা।—যাতনা ও প্রদাহ নিবারণার্থে সেঁক ও পোল্টিসাদি প্রদত্ত হইয়া থাকে। পূয় হইলে, সুপ্রা অর্বিটাল আর্কের অধোদেশে, টিউমারের উচ্চতম দেশোপরি, পাতার দৈর্ঘ্য অনুসারে চিরিয়া দিতে হয়। পরে, ফ্রণ্টাল সাইনসের গহ্বরের অভ্যন্তরে অঙ্গুলি অথবা একখণ্ড ক্ষুদ্র স্পঞ্জ

প্রবেশিত করিয়া, পূয নির্গত করিয়া দিতে হয়। এই তর্জ্জনী অঙ্গুলি দ্বারা উক্ত গহ্বরের চতুর্দ্দিকস্থ অস্থি ও মেম্ব্রেণের অবস্থা পরিজ্ঞাত হওয়া উচিত। অতঃপর বামহস্তের কনিষ্ঠাঙ্গুলি তদ্দিকস্থ নাসারন্ধ্রে প্রবেশিত করিলে, যখন দেখা যাইবে যে, উভয় অঙ্গুলি অতি সান্নিধ্যবর্ত্তী হইয়াছে, কেবল একখণ্ড পাতলা অস্থি ব্যবধান আছে মাত্র, তখন সাইনস হইতে অঙ্গুলি খুলিয়া, একখানি বিষ্টুরি, স্কাল্পেল অথবা ট্রোকার দ্বারা উক্ত ব্যবধান স্থান চিরিয়া দিয়া, সাইনস্, গহ্বর ও নাসারন্ধ্র একত্রিত করিয়া দিতে হয়। রেসমের সূত্র প্রবেশিত রাখিয়া উক্ত উভয় গহ্বরের পথ চিরোন্মুক্ত রাখা উচিত। রেসমের সূত্রের পরিবর্ত্তে উক্ত স্থানে রবরের সচ্ছিদ্র নল প্রবেশিত রাখা শ্রেয়ঃ। প্রতিদিন ১ বার করিয়া য়্যালম ও জিঙ্ক, সলফেট অব জিঙ্ক, বাই-ক্লোরাইড অব মার্করি অথবা কার্ব্বলিক লোশন দ্বারা নলের মধ্যে পিচকারি করিয়া, উক্ত স্থান পরিষ্কারাদি করিতে হয়। ৫।৬ মাস অর্থাৎ যত দিন পর্য্যন্ত পূয নিবৃত্তি না হয় ও উক্ত পথ চিরোন্মুক্ত না থাকে, তত দিন পর্য্যন্ত এই নল ত্যাগ করা উচিত নহে। উত্তেজনা ও শিরঃপীড়াদি ঘটিলে, মধ্যে মধ্যে নল অপনীত করিয়া রাখিলে, সচরাচর এই রোগ আরোগ্য হইয়া থাকে।

য়্যান্ট্রমের পীড়া হইতেও কখন কখন অক্ষিগোলক বহিঃসৃত হইয়া আইসে। অস্ত্রাদি দ্বারা চিরিয়া পূয নির্গত করিতে পারিলে, অক্ষিগোলক স্বস্থানে প্রত্যানীত হয়; এবং অপ্টিক নার্ভ সুস্থ থাকিলে, দৃষ্টির কোন ব্যাঘাত থাকে না।

আঘাতাদি দৈবঘটনা।

অক্ষিগোলকের স্থানান্তরতা।—কোন পদার্থ অক্ষিকোটরে প্রবিষ্ট হইয়া থাকিলে, অক্ষিগোলক স্বকীয় কোটর হইতে বহির্দ্দিকে সরিয়া আইসে। যে স্থলে অক্ষিগোলকের পশ্চাদ্দিকস্থ টিসুও ছিঁড়িয়া যায়, তথায় চক্ষুকে রক্ষা করা দুঃসাধ্য হইয়া থাকে। রেটিনা ও কোরইড সুস্থ থাকিলে এবং অপ্টিক নার্ভ ছিঁড়িয়া না যাইলে, এবম্বিধ স্থলে চক্ষু পুনর্ব্বার কোটরে প্রত্যানীত হইলে দৃষ্টির ব্যাঘাত অন্তরিত হইতে পারে; সুতরাং তত্তৎস্থলে ৫।৭ দিবস

ব্যাণ্ডেজাদি বন্ধন করিয়া দেখা উচিত। কিন্তু রেটিনা, কোরইড ও অপ্টিক নার্ভ পীড়িত হইলে, চক্ষুকে নিষ্কাশিত করাই শ্রেয়ঃ।

ঘৃষ্টাস্থি।—অক্ষিকোটরের প্রাচীর কোন বস্তুর আঘাতে ঘৃষ্ট হইলে, ঘৃষ্ট স্থান সচরাচর কৃষ্ণবর্ণ হইয়া যায়। সাধারণত ইহাতে চক্ষুর কোন বিপদ ঘটে না। কিন্তু ভয়ানক আঘাতে কোন কোন স্থলে, মস্তিষ্কাবরণাস্থির মধ্যে প্রদাহ ও রক্ত সঞ্চালিত হইয়া, রোগীর জীবনসংশয় হইয়া উঠে।

অস্থিভঙ্গ।—অক্ষিকোটর-প্রাচীর আঘাতাদি দ্বারা ভগ্ন হইলে মস্তিষ্ক ও তাহার আবরণ অস্থি প্রদাহিত হইয়া, রোগীর জীবন বিনষ্ট হইতে পারে।

চিকিৎসা।—এরূপ দুর্ঘটনায় অস্ত্র ব্যবহার করা উচিত নহে। শারীরিক ও মানসিক বিশ্রাম দিয়া ও শয্যাশায়ী থাকিয়া শীতল জলের পটি বা বরফের ব্যাগ চক্ষুতে লাগান উচিত। জোলাপ দিয়া বিলক্ষণ কোষ্ঠ পরিষ্কার রাখিয়া সামান্য আহারের ব্যবস্থা দিতে হয়। কিন্তু মদ্যাদি ব্যবহার করা উচিত নহে। মস্তকে বেদনা হইলে রগে ৬ বা ৮টী জোঁক লাগাইতে হয় এবং প্রয়োজন হইলে ২৪ ঘণ্টার পরে ঐরূপ জোঁক আবার লাগাইতে হয়।

বিদ্ধাঘাত।—কোন বস্তু দ্বারা অক্ষিকোটর বিদ্ধ হইলে, অথবা চিরিয়া যাইলেও সেলুলার টিস্যুর প্রদাহে চক্ষু বিনষ্ট হইতে পারে।

বন্দুকের গুলি, কাচ ও লৌহখণ্ড প্রভৃতি পদার্থ কোটর মধ্যে প্রবিষ্ট থাকিয়া, সেলুলার টিস্যুর প্রদাহাদি ঘটিয়া, কালে চক্ষু ও রোগীর জীবন বিনষ্ট হয়, এরূপ প্রমাণ পাওয়া যায়।

চিকিৎসা।—বেধন, ঘর্ষণ ও আঘাতাদিস্থলে, প্রদাহের আতিশয্য অনুসারে শীতল জলের পটি, জোঁক অথবা পূযবহিষ্করণ প্রভৃতি ব্যবস্থিত হইতে পারে। পদার্থ অন্বেষণার্থে অক্ষিকোটরে অস্ত্রচালনা করা উচিত হয় না। তবে, বৃহৎ হইলে এবং পদার্থের অবস্থান অনুমিত হইলে, তাহাকে বহিষ্কৃত করাই উচিত। উহা অক্ষিকোটরের গভীর অভ্যন্তরে বিদ্ধ হইলে, কর্ণদিকস্থ পুটসন্ধি কিঞ্চিৎ চিরিয়া দিয়া ঊর্দ্ধ অথবা অধঃপুট উল্টাইয়া, যেস্থানে উক্ত পদার্থ সন্নিবিষ্ট আছে, ঠিক সেই স্থানে, অক্ষিগোলক ও অক্ষিপুটের মধ্যবর্ত্তী কনজংটাইভাকে চিরিয়া, একটী প্রোব অথবা অঙ্গুলি প্রবেশে স্থাননির্ণয় করত, ফর্সেপ্স দ্বারা উহাকে ধরিয়া বহিষ্কৃত করিতে পারা যায়।

বিদারিত পুটসন্ধি সুচার দ্বারা পূর্ব্ববৎ, স্বস্থানে আবদ্ধ করত, শীতল জলের পটি প্রভৃতি ব্যবহৃত হইতে পারে।

অক্ষিগোলক নিষ্কাশন।

"রোগী টেবিলে উর্দ্ধমুখে শয়িত ও ক্লোরোফর্ম্মের আঘ্রাণে অচেতন হইলে, যে চক্ষুটী উৎপাটিত করিতে হইবে, সেই দিকের কপোল ও গণ্ডদেশের নিম্নে একখানি আর্দ্র বৃহৎ স্পঞ্জ রাখিবে। অস্ত্রসাধনের ভিন্ন ভিন্ন সময়ে রক্ত মুচিয়া লইবার নিমিত্ত আর কতকগুলি আর্দ্র ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র স্পঞ্জ সাহায্যকারী চিকিৎসক নিকটে রাখিয়া দিবেন। এক্ষণে, অক্ষিপুটকে ষ্টপ স্পেকিউলম্ অথবা লিড রিট্রাক্টর দ্বারা বিস্ফারিত রাখিয়া, ও রোগীর মস্তকের পশ্চাৎ দণ্ডায়মান থাকিয়া, অস্ত্রচিকিৎসক এক হস্তে এক খানি ফর্সেপ্স দ্বারা অক্ষি-গোলককে স্থির রাখিবেন; এবং একখানি স্থূলাগ্র বক্র-ফলক কাঁচি দ্বারা কর্ণিয়ার চতুর্দ্দিকস্থ কনজংটাভাকে কাটিয়া, তন্মধ্যে একটী হুক্ (ষ্ট্রাবিসমস রোগে যদ্রূপ ব্যবহৃত হয়) প্রবেশিত করিয়া, তদ্দ্বারা কোন একটী রেক্টাই পেশীকে ধরিয়া, তাহাকে স্ক্লেরটিকের অতি নিকটে দ্বিখণ্ডিত করেন। এইরূপে চারিটী পেশী স্ক্লেরটিকের অতি নিকটে ক্রমান্বয়ে দ্বিখণ্ডিত হইলে, অস্ত্র-চিকিৎসক উর্দ্ধ ও অধঃ উভয় অক্ষিপুটকে পশ্চাদ্দিকে চাপিলে, অক্ষিগোলক বিভাজিত কনজংটাইভার ভিতর হইতে বাহির হইয়া, অক্ষিপুটের বহির্দ্দেশে আইসে। এক্ষণে কর্ণ অথবা নাসিকাদিকস্থ রেক্টাই পেশীর টেণ্ডনের ছিন্ন প্রান্ত ফর্সেপ্স দ্বারা ধরিয়া ও তদ্দিকে অক্ষিগোলককে হেলাইয়া, ফলক মুদিত করিয়া এক খানি কাঁচি অক্ষিগোলক ঘেঁসিয়া পশ্চাদ্দিকে ক্রমশ অপ্টিক নার্ভ পর্য্যন্ত প্রবেশিত করিতে হয়। অতঃপর তথায় কাঁচির ফলক খুলিয়া, স্ক্লেরটিকের অতি নিকটে, নার্ভকে দ্বিখণ্ডিত করা হয়; এবং অঙ্গুলি দ্বারা অক্ষিগোলককে তুলিয়া ধরিয়া, তল্লগ্ন কনজংটাইভা এবং ওবলিকি পেশী সকলকেই স্ক্লেরটিকের অতিনিকটে সেই কাঁচি দ্বারা দ্বিখণ্ডিত করিয়া লইলেই, অক্ষিগোলক উৎপাটিত হইল।" অস্ত্রচিকিৎসক রোগীর পশ্চাতে দণ্ডায়মান থাকায়, কপোলদিক হইতে দক্ষিণ চক্ষুর অপ্টিক নার্ভ দ্বিখণ্ডিত করা সুবিধা জনক; সুতরাং তাহাতে চক্ষুকে নাসিকাদিকে টানিয়া অথবা ঠেলিয়া ধরিতে

হয়। এই নিমিত্ত বাম চক্ষুর অপ্টিক নার্ভ দ্বিখণ্ডিত করিতে হইলে, তদ্বিপরীতদিকে অর্থাৎ নাসিকাদিক হইতেই সুবিধা হইতে থাকে।

অপ্টিক নার্ভ ও আর্টারি হইতে রক্ত ক্ষরণ স্থগিত করিবার নিমিত্ত, উহাতে লিগেচার প্রভৃতি প্রয়োজন হয় না। বরফজল অথবা শীতল জল স্পঞ্জ অথবা গাড়ুর নলে ঢালিয়া দিলে, কিয়ৎক্ষণ মধ্যেই উক্ত রক্ত ক্ষরণ অন্তর্হিত হইয়া যায়। অস্ত্রসাধন সমাপ্ত হইলে, রক্তরোধ করিবার নিমিত্ত লিণ্ট ভাঁজ করিয়া, অথবা স্পঞ্জ ২।১ মিনিট পুটোপরি চাপিয়া ধরিতে হয়। তাহাতেও রক্তরোধ না হইলে, বরফ অথবা শীতল জলে ক্ষুদ্র লিণ্ট ভিজাইয়া, তাহা পুটোপরি লগ্ন করিত চক্ষু দৃঢ়ভাবে বাঁধিতে হয়।

পরবর্ত্তী চিকিৎসা অতি সহজ। প্রথম প্রথম ২।৪ দিবস শীতল জলের পটী এবং কদুষ্ণ জল, কার্ব্বলিক অথবা জিঙ্ক ক্লোরাইড অথবা করোসিভ সব্লিমেট লোশনের পিচকারি প্রভৃতি ব্যবহৃত হয়। কনজংটাইভা হইতে ক্লেদ নির্গত হইতে থাকিলে, য়্যালম ও জিঙ্ক প্রভৃতি লোশন প্রত্যহ ৩।৪ বার ব্যবস্থিত হইতে পারে। সেলুলার টিসুর প্রদাহের লক্ষণাদি প্রকাশমান থাকিলে, ময়দা অথবা মসিনার পোল্টিস, পোস্তদানার সেঁক এবং কনজংটাইভা চিরিয়া পূয়নিষ্কাশন প্রভৃতি প্রয়োজন হয়।

চক্ষুর অভ্যন্তরস্থ কোন টিউমার প্রভৃতির জন্য চক্ষু উৎপাটিত করিতে হইলে, অপ্টিক নার্ভকে স্ক্লেরটিকের অতিনিকটে ছিন্ন না করিয়া, সমুদায় পীড়িত অংশ ছেদন করিবার অভিপ্রায়ে, যতদূর পশ্চাৎ পর্য্যন্ত ছেদন করিতে পারা যায়, ততদূরে ছেদন করা কর্ত্তব্য। অধিক স্থান পাইবার প্রত্যাশায়, কখন কখন কর্ণদিকস্থ পুটসন্ধিও দ্বিখণ্ডিত হইয়া থাকে।

অষ্টাদশ অধ্যায়।

ব্যবস্থাবলি (Formulæ)।*

১ ব্য। ক্ষীণ কষ্টিক পেন্সিল।

নাইট্রেট অব সিল্ভার	১ ভাগ
নাইট্রেট অব পোটাস	২ ভাগ

গলাইয়া ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র তীক্ষাগ্র পেন্সিলের আকারে প্রস্তুত। ইহা অপেক্ষা ক্ষীণ পেন্সিলও ব্যবহার হয়। তাহাতে পোটাসের ভাগ ৩, ৩½ অথবা ৪ থাকে। বিশুদ্ধ নাইট্রেট অব সিলভারের বাতি কঞ্জংটাইভায় ব্যবহার হয় না।

গ্রানিউলার লিড্স এবং পিউরিউলেণ্ট অফ্থ্যাল্মিয়া রোগে ব্যবহার হয়। ব্লেফারাইটিস রোগে বরাবর পুটপ্রান্তে লাগাইতেও পারা যায়।

২ ব্য। কষ্টিক লোশন (উগ্র)।

আর্জেণ্টি নাইট্রাস	৫ হইতে ২০ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স, মিশ্রিত কর।

পিউরিউলেণ্ট কঞ্জংটিভাইটিস, গ্রানিউলার লিড্স, ক্রনিক কঞ্জংটিভাইটিস এবং কর্ণিয়ার ক্ষত রোগের কোন কোন স্থলে চিকিৎসক নিজ হস্ত দ্বারা পাতা উল্টাইয়া তথায় বা ক্ষত স্থানে লাগাইয়া থাকেন; এবং পরক্ষণেই সাধারণ সাল্ট লোশনে তৎস্থান ধৌত করিয়া দিয়া থাকেন।

৩ ব্য। কষ্টিক লোশন (ক্ষীণ)।

আর্জেণ্টি নাইট্রাস	১ বা ২ গ্রেণ।
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স। মিশ্রিত কর।

নানাবিধ কঞ্জংটিভাইটিস রোগে রোগী নিজেই ব্যবহার করিতে পারেন। ৩ বারের অধিক ব্যবহার নিষেধ।

আলোক লাগিলে এই ঔষধ শীঘ্র অসম্মিলিত হইয়া পড়ে। এজন্য ষ্টপার-ওয়ালা পীতাভ শিশিতে রাখাই প্রশস্ত। অসম্মিলিত তলানি-পড়া ঔষধ ব্যবহার করিবে না।

৪ ব্য। কপার লোশন।

কুপ্রি সল্ফ্ (তুঁতে)	১ গ্রেণ।
পরিশ্রুত জল ১ ঔন্স।	মিশ্রিত কর।

নানাবিধ পুরাতন কঞ্জংটিভাইটিস রোগে বিশেষ উপকার দর্শে।

৫ ব্য। লেপিস ডেভিনস।

সলফেট অব কপার, পোটাস নাইট্রেট ও য়্যালম সমভাগে মিশ্রিত ও তাহাতে ১/৫ ভাগ কর্পূর মিশ্রিত বাতি। ক্যাটারাল কঞ্জংটিভাইটিস এবং পুরাতন গ্রানিউলার লিড্স রোগে প্রয়োজ্য।

---

* চক্ষুতে যে যে ঔষধ প্রদত্ত হয়, তাহা কোন প্রকার বিশেষ বিধি না থাকিলে, প্রত্যহ তিন বার প্রয়োগ করিলেই যথেষ্ট হয়। মলম, মালিশ, প্রলেপন, সেঁক, পটি এবং জোলাপ দেওয়া অভিপ্রায় না হইলে, মিকৃশ্চার, বটিকা ও গুঁড়া প্রভৃতি ঔষধ সম্বন্ধেও এই নিয়ম। সেবনীয় ঔষধের মধ্যে কোন ঔষধ পরিত্যাগ অথবা মাত্রা পরিবর্তন করিয়া ব্যবহৃত হইতে পারে।

৬ ব্য। লেপিস ডেভিনস লোশন।

লেপিস ডেভিনস ১ গ্রেণ।

পরিশ্রুত জল ১ ঔন্স। মিশ্রিত কর।

পুরাতন গ্রানিউলার লিড্স্ রোগে প্রযোজ্য।

৭ ব্য। লেড লোশন।

লাইকর প্লম্বাই সব-এসিটেটিস ১ ড্রাম

পবিশ্রুত জল ১ পাইন্ট (১৬০ মধ্যে ১)।

মিশ্রিত কব।

পুরাতন কঞ্জংটিভাইটিস রোগে কর্ণিয়া সুস্থ থাকিলে প্রযোজ্য। অক্ষিপুট এবং ল্যাক্রিমাল স্যাকের প্রদাহ রোগেও ব্যবহার হয়।

৮ ব্য। লেড লোশন।

প্লম্বাই এসিটাস ২ গ্রেণ।

এসিড এসেটিক ডিল ২ মি

একোয়া ক্যাম্ফর্সি ২ ড্রাম

পবিশ্রুত জলে ১ ঔন্স কবিয়া মিসাও।

কর্ণিয়ায় ক্ষতাদি না থাকিলে, পূর্ব্বোক্ত স্থলে প্রযোজ্য। হার্পিজ জষ্টাব প্রভৃতি রোগে ইহাতে ২।৩ মিনিম লাইকব একষ্ট্রাক্ট ওপিয়াই মিসাইয়াও ব্যবহাব হয়।

৯ ব্য। লেড ও স্প্রিট লোশন।

স্প্রিট লোশন ১ পাইন্ট।

লাইকর প্লাম্বাই সবএসিটেটিস ২ ড্রাম।

মিশ্রিত কব।

স্প্রিট লোশন অপেক্ষা উৎকৃষ্ট প্রদাহ-নিবারক ঔষধ। কর্ণিয়ায় ক্ষতাদি না থাকিলে পূর্ব্বোক্ত স্থলে প্রযোজ্য।

১০ ব্য। বাইক্লোবাইড লোশন।

হাইড্রার্জ পারক্লোরাইড ১ গ্রেণ

পবিশ্রুত জল ৮ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

উত্তম পচননিবারক ও সঙ্কোচক ঔষধ। অস্ত্রাদির সময়ে পরে বা অগ্রে অক্ষিপুট ও কঞ্জংটাইভা ধৌত করিতে হয়। পিউরিউলেন্ট বা ক্যাটারাল অফথ্যাল্মিয়া এবং কর্ণিয়ার ক্ষতাদি রোগে বিশেষ উপকারী। সাধারণ জলে ঔষধ অসম্মিলিত হয় এবং গুণকর হয় না। কেহ কেহ ইহাতে কচিনিল মিশাইয়া সবর্ণ করিয়া থাকেন। এই ঔষধ উত্তেজক ও বেদনাপ্রদ, সুতরাং চিকিৎসা সময়ে তদ্বিষয়ে লক্ষ্য রাখিতে হয়।

১১ ব্য। এমন-ও বাইক্লোরাইড লোশন।

হাইড্রার্জ বাইক্লোরাইড ১ গ্রেণ।

এমন হাইড্রোক্লোর ৬ গ্রেণ।

পবিশ্রুত জল ৮ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

অল্প গরম করিয়া প্রত্যহ অনেকবার চক্ষু ধৌত কবিতে প্রয়োজ্য। ইহা ব্যবহাব কবিয়া পরে কষ্টিক লোশন চক্ষুতে প্রযোগ কবিতে হয়।

কঞ্জংটাইভাব চিকিৎসায় কবোসিভ সব্লিমেট অতি উত্তম উপকাবক ঔষধ। ইহা রোগোৎপাদক কীটাদি বিনষ্ট কবে এবং রোগকে সংক্রামিত হইতে দেয় না। ইহাতে ক্লেদ ও কিমোসিস শীঘ্র হ্রাস হয়; সুতবাং অধিক দিন রোগভোগ করিতে হয় না; এবং তৎসময়ে কষ্টিক লোশন ব্যবহার না করিলেও চলে। রোগেব প্রবল অবস্থায় ইহা তত কার্য্যকর হয় না। কর্ণিয়া পীডিত থাকিলে এবং কষ্টিক সহ্য না হইলে বা অব্যবহার্য্য হইলে, ইহাতে বিলক্ষণ উপকাব দর্শে। কিন্তু ইহাব মাত্রা কদাচ ৪ ঔন্স জলে ১ গ্রেণের অধিক হওয়া উচিত নহে।

হাইড্রার্জ পাবক্লোর ১৮ গ্রেণ উপযুক্ত গ্লীসাবীণে গলাইয়া ১ ঔন্স জলে মিশ্রিত কর। গ্রানিউলার লিড্স রোগে পাতা উল্টাইয়া ক্রমে করিয়া লাগান যায়। কিন্তু অত্যন্ত যন্ত্রণাদায়ক বলিয়া লাগাইবাব পূর্ব্বে ও পরে কোকেন লোশন ব্যবহার করা উচিত।

১২ ব্য। মার্করি লোশন।

হাইড্রার্জ পাবক্লোরাইড $\frac{1}{10}$ বা $\frac{1}{8}$ গ্রেণ

ডিকক্সন বার্ক ১ ঔন্স। মিশ্রিত কর।

পূর্ব্বোক্তরূপে পূর্ব্বোক্ত স্থলে প্রযোজ্য।

১৩ ব্য। য়্যালম লোশন।

য়্যালম (ফটকিরি) ২ হইতে ১০ গ্রেণ।
পরিশ্রুত জল . ১ ঔন্স
মিশ্রিত কর।

প্রবল বা পুরাতন কঞ্জংটিভাইটিস রোগে সচরাচর ব্যবহার হয়। কষ্টিক লোশনের পরিবর্তে মিউকো-পিউরিউলেণ্ট ও পিউবিউ-লেণ্ট কঞ্জংটিভাইটিস রোগে অথবা যেখানে ক্লোরাইড অব জিঙ্ক লোশন উত্তেজনা আনয়ন করে, তথায় ব্যবহার হয়। গুরুতর স্থলে ১৩, ১৪, ১৫ ও ১৬ ব্য প্রত্যহ ৫।৭ বার ব্যবহার হয়।

১৪ ব্য। জিঙ্ক লোশন।

সলফেট অব জিঙ্ক ১ বা ২ গ্রেণ।
জল বা গোলাপ জল ১ ঔন্স।
মিশ্রিত কর।

সামান্য কঞ্জংটিভাইটিস রোগে ব্যবহার্য্য।

১৫ ব্য। য়্যালম ও জিঙ্ক লোশন।

য়্যালম ১ বা ২ গ্রেণ।
জিঙ্ক সল্‌ফ ২ বা ৪ গ্রেণ।
পবিশ্রুত জল ১ ঔন্স।
মিশ্রিত কর।
পূর্ব্বোক্ত স্থলে ব্যবহার্য্য।

১৬ ব্য। জিঙ্ক ক্লোরাইড লোশন।

ক্লোরাইড অব জিঙ্ক ১ বা ২ গ্রেণ।
গ্লীসারীণ ৩০ মিনিম।
পরিশ্রুত জলে ১ ঔন্স করিয়া মিসাও।

তলানি পড়িলে এবং ভাল না মিশিলে অল্প ডায়েলিউট হাইড্রোক্লোরিক এসিড মিশাইলে, পরিষ্কার লোশন হয়।

পুরাতন কঞ্জংটিভাইটিস রোগে অন্যান্য লোশন (১৩, ১৪, ২২ ব্য) বিফল হইলে, বিশেষ উপকারক। কর্ণিয়ার কোন পীড়া থাকিলে অব্যবহার্য্য।

১৭ ব্য। জিঙ্ক ক্লোরাইড পেষ্ট।

(ক) ক্লোরাইড অব জিঙ্ক ১ ভাগ
যবের ময়দা ২, ৩ বা ৪ ভাগ
পবিস্রিত জল দিয়া ঘন কাই কর।

(খ) ক্লোরাইড অব জিঙ্ক গলিয়া যাইলে, তাহাতে অল্প গ্লীসারীণ মিশাইয়া তাহাতে চূর্ণ য়্যামুইনেরিয়া মিশাইলে এই কাই শুষ্ক হইয়া শক্ত হয় না।

(গ) ক্লোরাইড অব জিঙ্ক ৮ ড্রাম
যবের ময়দা ৩ ড্রাম
জল অথবা লাইকর ওপিয়াই সিডেটিভ ১ ঔন্স।
(মিডলসেক্স ও মুরফিল্ড্‌স চক্ষু চিকিৎসালয়)

(ঘ) ক্লোরাইড অব জিঙ্ক ১
অক্সাইড অব জিঙ্ক ১
যবের ময়দা ২

পবিস্রিত জল দিয়া ঘন কাই ও শলাকা প্রস্তুত কর। এই চতুর্ব্বিধ প্রকরণ প্রায় একই প্রকার রোডেণ্ট ক্ষত এবং অন্যান্য পচনশীল বর্দ্ধন (growth) রোগে এবং চক্ষু নিষ্কাশন করিয়া ব্যবহার হয়।

১৮ ব্য। সোডি কার্ব লোশন।

(১৮৭ ব্য দেখ)

কার্ব্বনেট অব সোডা ১০ গ্রেণ
জল ১ ঔন্স
মিশ্রিত কর।

গুরুতর টার্সাল অপ্‌থাল্মিয়া রোগে মামড়ি কোমল করিবার জন্য ব্যবহার। তুল্য পরিমাণ গরম জলের সহিত মিশাইয়া প্রাতে ও বৈকালে ১০।১৫ মিনিট কাল পুটপ্রান্ত ভিজাইয়া রাখিতে হয়।

১৯ ব্য। সোডা ও টার লোশন।

কার্ব্বনেট অব সোডা ১½ ড্রাম
লাইকর কার্ব্বনিস ডিটারজেন্স ১-৪ ড্রাম
জল ১ পাইণ্ট।

পূর্ব্বোক্ত স্থলে পূর্ব্বোক্তরূপে ব্যবহার।

২০ ব্য। বোরাক্স লোশন।

বাইবোরেট অব সোডা ১০।২০ গ্রেণ
জল ১ ঔন্স।
মিশ্রিত কর।

পূর্ব্বোক্ত স্থলে পূর্ব্বোক্তরূপে ব্যবহার। কেহ কেহ ইহার সহিত ১ ড্রাম গ্লীসারীন ও ২ ড্রাম গোলাপ জল মিশাইয়া থাকেন। চক্ষুর পাতায় এবং গণ্ডদেশ প্রভৃতি স্থানে একজিমা রোগে এবং কাণচাটা রোগে বিশেষ উপকারক।

হস্ত পদ বা অন্যান্য স্থানে একজিমা রোগ হইলে, আইওডাইড অব পোটাসিয়ম ও আর্সেনিক সেবন প্রভৃতি শারীরিক চিকিৎসার সঙ্গে কেহ কেহ গাত্রে অলিয়ম ডিলিনি (ol Deelinea) মাখাইয়া ১০।১৫ দিনের মধ্যেই ঐ চর্ম্মরোগ আরাম করেন। নিম্নলিখিত ব্যবস্থাও ব্যবস্থিত হয়।

(ক) বোরাসিস লোশন।

বোরাসিস ১২০ গ্রেণ
গ্লীসারীন ৪ ড্রাম
য়্যাকোয়া ক্যাম্ফরি ২ ঔন্স
পরিশ্রুত জলে ৮ ঔন্স পূর্ণ কর।

(খ) লেড ও বোরাসিস লোশন।

লাইকর প্লম্বাই সব এসিটেটিস ৩০ মি
বোরাসিস ৬০ গ্রেণ
গ্লীসারীণ ২ ড্রাম
পরিশ্রুত জলে ৮ ঔন্স পূর্ণ কর।

(গ) সোডা, বোরাসিস ও হাইড্রো-সায়েনিক লোশন।

সোডা বাইকার্ব ৬০ গ্রেণ
বোরাসিস ৬০ গ্রেণ
এসিড হাইড্রোসায়েনিক ডিল ৪০ মি
একোয়া ক্যাম্ফরি ২ ঔন্স
পরিশ্রুত জলে ৮ ঔন্স পূর্ণ কর।

২১ ব্য। কুইনাইন লোশন।

সলফেট অব কুইনাইন ৩।৪ গ্রেন
এসিড সলফিউরি ডিল ½ মি (গলান মাত্র)
জল ১ ঔন্স। মিশ্রিত কর।

ফ্লিকথিনিটিক কঞ্জংটিভাইটিস রোগে ব্যবহার্য্য।

২২। বোরিক বা বোরাসিক লোশন।

এসিড বোরাসিক ৫ হইতে ১০ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল ১ ঔন্স। মিশ্রিত কর।

২৩ ব্য। সোডা ও বোরাসিক লোশন।

এসিড বোরিক ৩।৮ গ্রেণ
সোডিয়ম সলফো-কার্বনেট ৫।১০ গ্রেণ
জল ১ ঔন্স মিশাও।

২৪ ব্য। বোরাসিক এসিড লোশন।

এসিড বোরাসিক ২০ গ্রেণ
জল ১ ঔন্স। মিশাও।

চক্ষুতে কোন অস্ত্র করিবার পূর্ব্বে ও পরে এবং সপূয কর্ণিয়ার ক্ষত রোগে পচননিবারক স্বরূপে ব্যবহার হয়।

অতি চূর্ণ বোরাসিক এসিড ব্যবহারই প্রশস্ত। উহা জলে শীঘ্র গলিয়া যায়। কর্ণিয়ার ভয়ানক সপূয ক্ষত রোগে উহা প্রত্যহ ২।৩ বার চক্ষুতে ধূলিবৎ প্রক্ষিপ্ত হইয়া থাকে; এবং তাহাতে বিশেষ বেদনাদিও হয় না।

এই লোশন অস্ত্রাদির গাত্রে লাগিলে তথায় মরিচা ধরে।

ল্যাক্রিমাল যন্ত্রের পীড়ায় বোরাসিক এসিড নির্ম্মিত ষ্টাইল ব্যবহৃত হইয়া থাকে। উহা তৎস্থানে গলিয়া অন্তঃপ্রবিষ্ট হইয়া থাকে।

২৫ ব্য। ট্যানিন লোশন।

এসিড ট্যানিক ৫ হইতে ৬০ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল ১ ঔন্স
মিশ্রিত কর।

কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতা রোগে ২ ড্রাম ট্যানিন ব্যবহৃত হইতে পারে।

কেহ কেহ ইহার সহিত ½ ড্রাম স্প্রিট ভাইনম রেক্টিভ এবং ২ ড্রাম গোলাপ জল মিশাইয়া থাকেন।

২৬ ব্য। কার্বলিক লোশন।

য়্যাব্‌সোলিউট ফিনল ৫

জল (ওজনে) ১০০

পিউবিউলেন্ট কঞ্জংটিভাইটিস রোগে ধাবনার্থে প্রযোজ্য। বিশুদ্ধ কার্বলিক এসিড না হইলে, চক্ষুতে ভয়ানক প্রদাহ আনয়ন করে।

স্যালিসিলিক এসিড লোশনেও চক্ষুতে ভয়ানক প্রদাহ আনয়ন করে বলিয়া তাহা এবং অস্ত্রোদির পরে চক্ষুতে স্যালিসিলিক পশম দ্বারা ড্রেসিং করা আমার মতে বিধিসঙ্গত নহে।

২৭ ব্য। ওপিয়ম লোশন।

এক্‌ষ্ট্রাক্ট ওপিয়াই	১০ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স। মিশাও

অথবা

ভাইনম ওপিয়ম	১০ মিনিম
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স

মিশ্রিত কর।

২৮ ব্য। আর্নিকা লোশন।

টিং আর্ণিকা	১ ড্রাম
পরিশ্রুত জল	২ ঔন্স

মিশ্রিত কর।

২৯ ব্য। আইওডীন লোশন।

আইওডীন	½ বা ১ গ্রেণ
পোটাসি আইওডিড	২ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স

মিশ্রিত কর।

৩০ ব্য। ইভাপোরেটিং লোশন।

(এমোনিয়া লোশন)

য়্যামোনিয়া য়্যারোম্যাট	২ ড্রাম
ইথার সল্‌ফিউরিক	২ ড্রাম
গোলাপ জল	৬ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

৩১ ব্য। ইভাপোরেটিং লোশন।

(নাইট্রিক ইথার লোশন)

স্পিরিট ইথারিস নাইট্রোসি	১ ড্রাম
এাসিট এরোমেটিক	৩ মি
পরিশ্রুত জলে	৪ ড্রাম করিয়া মিশাও।

৩২। হাইড্রোসায়েনিক লোশন।

(কোল্‌ড লোশন)

এসিড হাইড্রোসায়েনিক ডিল.	১ ড্রাম
য়্যাকোয়া ফ্লোর অরেন্সাই	২ ঔন্স
পরিশ্রুত জলে	৮ ঔন্স পূর্ণ করিয়া

মিশাও।

৩৩ ব্য। বোরাসিক ওপিয়ম লোশন।

এসিড বোরাসিক	৫ গ্রেণ
ভাইনম ওপিয়াই	৫ মি
জল	১ ঔন্স।

মিশাও।

৩৪ ব্য। কোকেন লোশন।

হাইড্রোক্লোরেট অব কোকেন	১।৪ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স হইতে ২ ড্রাম।

মিশ্রিত কর।

ভায়েনা নগরে ১৮৮৪ খৃষ্টাব্দে সেপ্টেম্বরের প্রথমে কোকেন ঔষধার্থে ব্যবহৃত হয়। অক্টোবর মাস হইতেই লণ্ডন ও অপরাপর স্থানে ব্যবহৃত হইতে আরম্ভ হইয়াছে।

শতকরা ২ভাগ কোকেন লোশন চক্ষুতে পাতিত করিলে, তৎক্ষণাৎ প্রায় অর্দ্ধ মিনিটের নিমিত্ত সামান্য জ্বালাবোধ হয়। পরে, কঞ্জংটাইভা অসাড় হইতে আরম্ভ হয়; এবং ২ হইতে ৫ মিনিটের মধ্যেই সমস্ত আক্ষিক কঞ্জংটাইভা এবং কর্ণিয়া সম্পূর্ণ স্পর্শজ্ঞান-রহিত হইয়া পড়ে। ৩ হইতে ৫ মিনিট পর্য্যন্ত এইরূপ অবস্থায় থাকিয়া অর্থাৎ যতদূর স্পর্শ-জ্ঞান-বর্জিত হইতে পারে ততদূর হইলে, ঐ জ্ঞান অল্পে অল্পে আবার প্রত্যাবর্ত্তন করিতে থাকে। কিন্তু প্রায় ২০ মিনিট পর্য্যন্ত সামান্য অসাড় থাকে। স্পর্শজ্ঞান প্রত্যাবর্ত্তনের সঙ্গে সঙ্গে চক্ষুতে শীতলতাও অনুভূত হইতে থাকে। কোকেন চক্ষুর পাতা দুইটাকে বিস্ফারিত রাখে ও রক্তশিরা সকলকে সঙ্কুচিত রাখিয়া অক্ষিগোলককে পরিষ্কার শ্বেতবর্ণ করে। এতদ্দ্বারা তারা প্রসারিত হয়, চক্ষুর দর্শনোপ-

যোগিতাও অল্প বিনষ্ট হইয়া থাকে: এবং বোধ হয়, চক্ষুর বিতানও খর্ব্ব হয়। এই সকল লক্ষণ প্রায় অর্দ্ধ ঘণ্টা কাল মাত্র থাকে; কিন্তু তারা প্রায় ২৪ ঘণ্টা কাল প্রসারিত থাকে। কোকেন লাগাইয়া তারা প্রসারিত হইলে, উহা আলোকান্ধকারে পূর্ব্ববৎ সঙ্কুচিত ও প্রসারিত হয় এবং চক্ষুর নিকট ও দূরদৃষ্টির কোন ব্যাঘাত হয় না। কোকেনের সহিত য়্যাট্রোপীন মিশাইলে, পৃথক পৃথক উভয় ঔষধ অপেক্ষা তারা অধিক প্রসারিত হয়। এসারীন প্রয়োগে কোকেনের ক্ষমতা শীঘ্র ও সম্পূর্ণ বিনষ্ট হয়। ১০ মিনিট অন্তর ১ঘণ্টাকাল চক্ষুতে কোকেন লোশন ব্যবহার করিলে, চক্ষুর দর্শনোপযোগিতা কিয়ৎক্ষণের নিমিত্ত একেবারে বিনষ্ট হইয়া যায়। কেহ কেহ বলেন যে, পুরাতন গ্লকোমা রোগে এসারীণের সহিত কোকেন মিসাইয়া ব্যবহার করিলে, এসারীণের অধিক কার্য্য-কারিতা হয়।

অক্ষিগোলকে কোনপ্রকার অস্ত্র করিতে হইলে, অথবা পাতার ভিতরদিকে বা চক্ষুতে কোন-প্রকার জ্বালাকর ঔষধ লাগাইতে হইলে, তৎপূর্ব্বে চক্ষুতে কোকেন ব্যবহার হইয়া থাকে। প্রথমোক্ত স্থলে, শতকরা ৪ ভাগ সম্পূর্ণ বিশুদ্ধ হাইড্রোক্লোরেট অব কোকেন টাট্কা গরম পরিশ্রুত জলে মিসাইয়া ব্যবহার হয়। দ্বিতীয়োক্ত স্থলে অর্থাৎ ভয়ানক গ্রানিউলার লিড্স বা তদ্রূপ রোগে অপেক্ষাকৃত উগ্র লোশন (শতকরা ২০ ভাগ) পীড়িত পুটে লাগাইতে হয়। অক্ষিপুটের ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র টিউমার রোগে শতকরা ৪ ভাগ লোশন উক্ত টিউমারের তলদেশের ভিন্ন ভিন্ন পার্শ্বে পিচকারি দ্বারা প্রবিষ্ট করিতে হয়। কোকেনের বিশুদ্ধ আকৃতিও চক্ষুতে ব্যবহার হয়। কিন্তু, তৈল বা ভ্যাসালীন সহযোগে প্রস্তুত কোকেন দ্বারা অস্ত্রাদি কার্য্য সুসম্পন্ন হয় না, এবং বোরাসিক এসিড অথবা কর্পূর মিশ্রিত লোশনও অধিক দিন থাকিলে, তাহাতে কীটাদি জন্মিতে পারায়, অব্যবহার্য্য হইয়া পড়ে। কীটাদি বিনষ্ট করিতে যথেষ্ট বাইক্লোরাইড অব মার্করি মিসাইলে, তাহাতে কর্ণিয়া ঘর্ষিত হইয়া যাইতে পারে। টাট্কা প্রস্তুত কেবল কোকেন লোশনও যদি যথেচ্ছা প্রত্যহ অধিক বার বা অধিক দিন ব্যবহৃত হয়, তবে কর্ণিয়া নীরস ও লোল হইয়া থাকে; এবং এমত কি, কর্ণিয়ার ইপিথিলিয়ম বিশ্লিষ্ট হইয়া পড়ে। এই সকল ঘটনা কোকেনের মাত্রা অনুসারে না হইয়া প্রায়ই অনবরত অধিক ব্যবহার এবং কর্ণিয়ায় বাহ্য বায়ু সংস্পর্শ হইয়াই ঘটে। ক্যাটারাক্ট অস্ত্র করিবার পূর্ব্বে ৫ মিনিটের মধ্যে ৩ বারের অধিক ব্যবহার প্রযোজন হয় না। কেহ কেহ বলেন যে, কোকেন ব্যবহারে গ্লকোমা রোগ জন্মে। কিন্তু ইহা বৃথা নিন্দা।

কোকেনের পাত (Lamellae) প্রত্যেকে $\frac{1}{200}$ গ্রেণ। চক্ষু প্রদাহিত এবং আরক্তিম থাকিলে কঞ্জংটাইভার উপর কোকেনের কার্য্য অসম্পূর্ণ প্রকাশ পায়। কিন্তু সুস্থ ও ক্ষত কর্ণিয়ার উপর উহার কার্য্য বিশেষ প্রতিষ্ঠিত হয়। স্পৃষ্ট স্থান ব্যতীত অন্যস্থানে কোকেন কার্য্যকর নহে বলিয়া, চক্ষুতে যে লোশন পাতিত করা যায়, তাহা যেন সমস্ত কর্ণিয়া ও কঞ্জংটাইভা অর্থাৎ অক্ষিগোলকের সমস্ত উপরিভাগ ধৌত করে। ইহা শুষিয়া চক্ষুর অভ্যন্তরে ভাল প্রবিষ্ট হয় না বলিয়া টেরাদৃষ্টি রোগে টিনোটমী অস্ত্রসাধন করিতে এবং অক্ষিগোলক নিষ্কাশন সময়ে কঞ্জংটাইভার নিম্নে পিচকারী দ্বারা অন্তঃ-প্রবিষ্ট করিলে, অস্ত্রসাধনে কোন যন্ত্রণা দেয় না। সাধারণত কোকেন যেরূপে ব্যবহৃত হয়, তাহাতে তদ্দ্বারা আইরিসের স্পর্শশক্তি বিনষ্ট হয় না। সুতরাং উহা য়্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারে অন্তঃপ্রবিষ্ট করা সহজসাধ্য ও নিরাপদ নহে।

য়্যাট্রোপীনের বেদনানাশক ও তারাপ্রসারক শক্তি বৃদ্ধি করিবে বলিয়া, প্রবল আইরাইটিস

রোগে কোকেন য়্যাট্রোপীনের সহিত ব্যবহৃত হইয়া থাকে। কিন্তু ইহাও সর্ব্ববাদী সম্মত নহে।

সুস্থ চক্ষুতে শীঘ্র দর্শনোপযোগিতা অল্প বিনষ্ট করিতে শতকরা ২ ভাগ কোকেন ২ ভাগ হোম-য়্যাট্রোপীনের সহিত ব্যবহৃত হয়। ২০ হইতে ৬০ মিনিটের মধ্যে গুণকর হইয়া শীঘ্রই শক্তিহীন হয়।

চক্ষুতে ফোটা ২ ব্যবহৃত হইলেও এতদ্দ্বারা মস্তকঘূর্ণন প্রভৃতি অবসাদের অন্যান্য লক্ষণাদি প্রকাশ পাইবার কথা অপবাদ মাত্র। কোকেন আবিষ্কারের পূর্ব্বেও অস্ত্রাদির পরে রোগীর মস্তকঘূর্ণন ও বমনাদি ঘটিত। উহা রোগীর মনোবিকার জনিত।

৩৫ ব্য। লাইকর য়্যাট্রোপিনি সল্‌ফেটিস। বি. পি।

সল্‌ফেট অব য়্যাট্রোপিয়া	৯ গ্রেণ
কর্পূর জল	১৯২ ঔন্স।

উগ্র লোশন অনেকবার ব্যবহার করিলে, তাহা অধিক দিন পর্য্যন্ত কার্য্যকর থাকে। চক্ষুতে এসারীন প্রযোগ করিলে, পূর্ব্বব্যবহৃত য়্যাট্রোপীনের শক্তি অনেক নষ্ট করে বটে, কিন্তু তাহা স্থায়ী থাকে না। য়্যাট্রোপীনে সুস্থ চক্ষুর বিতান অল্প খর্ব্ব হয়। কিন্তু গ্লকোমা রোগে এতদ্দ্বারা চক্ষুর বিতান বর্দ্ধিত হইয়া থাকে।

৩৬ ব্য। য়্যাট্রোপিয়া লোশন (ক্ষীণ)।

(বেলেডোনার বীর্য্যস্রাব)

য়্যাট্রোপীয়া সল্‌ফ	¼ হইতে ½ গ্রেণ।
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স

মিশ্রিত কর।

দৃষ্টি পরিষ্কারের নিমিত্ত অপক্ক নিউক্লিয়ার ক্যাটারাক্ট প্রভৃতি স্থলে দীর্ঘকাল তারা প্রসারিত রাখিতে ব্যবহার হয়।

য়্যাট্রোপীন লোশন অধিক দিন থাকিলে উহাতে যে ময়লা পড়ে, তাহাতে উহার গুণের ব্যত্যয় হয় না। ক্যাষ্টর অয়েল ও ভ্যাসালীন প্রভৃতি দ্বারা মলম প্রস্তুত করিতে হইলে, য়্যাট্রোপীন বা এসারীন প্রভৃতি আদিত অবস্থায় (alkaloid), অল্প গরম করিয়া মিশ্রিত করিতে হয়। উহাদের সাল্ট তৈলাদি পদার্থে দ্রব হয় না। মলমে অল্প পরিমিত ঔষধের প্রয়োজন হয়। কোকেনের সহিতও এই মলম প্রস্তুত হয়। মাত্রা লোশনের ন্যায়। শিশুদিগের পক্ষে, পিতামাতা বা শুশ্রূষাকারক লোশন অপেক্ষা মলম সহজে ব্যবহার করিতে পারেন।

(ক) য়্যাট্রোপীনের পাত প্রত্যেকে ক্ষুদ্র গ্রেণ।

৩৭ ব্য। য়্যাট্রোপীন ড্রপ্‌স্‌।

য়্যাট্রোপিয়া সল্‌ফ্‌	১ গ্রেণ।
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স

মিশ্রিত কর।

৩৮ ব্য। য়্যাট্রোপীয়া ড্রপ্‌স (উগ্র)।

য়্যাট্রোপীয়া সল্‌ফ	৪ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

সর্ব্বোৎকৃষ্ট তারাপ্রসারক ঔষধ। আইরাইটিস, সিক্লাইটিস, কোরইডাইটিস, কর্ণিয়ার ক্ষত এবং কেরাটাইটিস রোগে পূর্ণমাত্রায় তারা প্রসারিত ও চক্ষুকে বিশ্রান্ত রাখিতে এবং আলোক ও দর্শনোপযোগিতার বিশৃঙ্খলা নির্ণয়ে ব্যবহার।

(খ)	য়্যাট্রোপীয়া সল্‌ফ	৪ গ্রেণ
	কোকেন হাইড্রোক্লোর	১০ গ্রেণ
	পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স

মিশ্রিত কর।

কোকেন মিশাইলে য়্যাট্রোপীন আরো গুণকর হয়। পূর্ণমাত্রায় তারাপ্রসারণ করিতে অর্থাৎ আইরাইটিস রোগে পোষ্টেরিয়ার সাইনেকিয়া ছিঁড়িতে প্রয়োজন হইয়া থাকে।

৩৯ ব্য। য়্যাট্রোপীয়া ও বোরাসিক লোশন।

য়্যাট্রোপীয়া সল্‌ফ	২।৩ গ্রেণ
এসিড বোরাসিক	৪।৫ গ্রেণ
পরিস্রুত জল	১ ঔন্স

মিসাও।

সল্‌ফেট অব য়্যাট্রোপীয়া জলে দ্রব হয়। সলফিউরিক এসিড বা স্পিরিট দ্বারা গলাইয়া লোশন (লাইকর য়্যাট্রোপীয়া, কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতা রোগ ব্যতীত অন্য কোন চক্ষুরোগে প্রয়োগ করা নিষেধ।

৪০ ব্য। য়্যাট্রোপীন কোকেন লোশন।

য়্যাট্রোপিয়া সল্‌ফ	১।২ গ্রেণ
কোকেন হাইড্রোক্লোর	১।২ গ্রেণ
পরিস্রুত জল	১ ঔন্স

মিশ্রিত কর।

কেহ২ এই সঙ্গে ৪।৫ গ্রেণ বোরাসিক এসিড মিশাইয়া থাকেন।

য়্যাট্রোপীন কর্ণিয়ার অভ্যন্তর দিয়া শুষিয়া প্রধানতঃ আইরিসে কার্য্যকর হয়। উহা ৩য় স্নায়ু পরিপোষিত কিনক্টার পিউপিলি পেশীর বৃত্তাকার সূত্র সকলকে অবশ ও অক্ষম এবং সিম্প্যাথেটিক স্নায়ু পরিপোষিত ব্যাসার্দ্ধাকার সূত্র সকলকে উত্তেজিত ও সঙ্কুচিত করে, সুতরাং তারা বড় হইয়া পড়ে। বয়স যত অল্প হয়, কর্ণিয়া যত পাতলা থাকে এবং য়্যাট্রোপীন যত উগ্র হয় উহা তত শীঘ্র চক্ষুর তারায় কার্য্যকর হইয়া থাকে। উগ্রবল য়্যাট্রোপীন সলিউশন (৪-৮ গ্রেণ, জল ১ ঔন্স) প্রযোগে ১৫ মিনিটের মধ্যেই তারা বড় হইতে থাকে; এবং ২০।৩৫ মিনিটের মধ্যে যতদূর বড় হইতে পারে, ততদূর বড় হইয়া পড়ে। তারা বড় হইবার কিঞ্চিৎ পরেই চক্ষুর দৃষ্টিশক্তি হ্রাস হইতে থাকে; এবং সচরাচর ৪২ ঘণ্টার পরেই দৃষ্টি ক্রমশঃ প্রত্যাবৃত্ত হইতে থাকে ও তারা সঙ্কুচিত হইতে আরম্ভ হয়। তারার সঙ্কোচন ও দৃষ্টির প্রত্যাবর্ত্তন চতুর্থ দিবস পর্য্যন্ত শীঘ্র শীঘ্র আরম্ভ হইয়া প্রায় একাদশ দিবসের মধ্যেই চক্ষু সম্পূর্ণ সুস্থাবস্থা পুনঃপ্রাপ্ত হয়। কিন্তু, নিকটদৃষ্টির যত ব্যাঘাত হয়, দূরদৃষ্টির তত ব্যাঘাত হয় না। সামান্য য়্যাট্রোপীন স্পর্শেও আইরিস প্রকৃতাবস্থায় থাকিতে পারে না। জলমিশ্রিত লোশনের ১০০০০ অংশও ২।৩ ঘণ্টার মধ্যে তারাকে বড় করিতে পারে। য়্যাট্রোপীন যত ক্ষীণবল হয়, তত বিলম্বে উহা চক্ষুতে কার্য্যকর হইয়া থাকে, এবং তত শীঘ্র চক্ষু তজ্জাত অপকারাদি দূর করে। অতি ক্ষীণ য়্যাট্রোপীন লোশন (১ গ্রেণ, জল ৮।১০ ঔন্স) চক্ষুতে প্রয়োগ করিলে, তারা বড় হয়, অথচ চক্ষুর দর্শনোপযোগিতার কোন ব্যাঘাত হয় না। ৮ গ্রেণ অপেক্ষা উগ্র লোশন ব্যবহার করা কদাচ উচিত নহে। কোন কোন ব্যক্তির পক্ষে য়্যাট্রোপীনে চক্ষু উত্তেজিত হয় এবং চক্ষু দীর্ঘকাল উহা সহ্য করিতে পারে না। রোগী য়্যাট্রোপীনের তিক্তাস্বাদ গলাধঃ অনুভব করিতে পারেন বলিয়া, ঔষধ ব্যবস্থার সময় তদ্বিষয়ে মনোযোগ দেওয়াও কর্ত্তব্য।

৪১ ব্য। বেলেডোনা ড্রপ্‌স।

একষ্ট্রাক্ট বেলেডোনা ১০ গ্রেণ—১ ড্রাম
জল ২ ঔন্স। মিশ্রিত কর।

যেখানে য়্যাট্রোপীনে চক্ষু উত্তেজিত হয়, তথায় তৎপরিবর্ত্তে চক্ষুতে ফোঁটা ফোঁটা ব্যবহার্য্য।

৪২ ব্য। বেলেডোনা লোশন।

একৃষ্ট্রাক্ট বেলেডোনা	১ ড্রাম
টিং বেলেডোনা	২ ড্রাম
জল	৮ ঔন্স। মিসাও।

৪৩ ব্য। ধাতুরীন লোশন।

সল্‌ফেট অব ধাতুরা	১।২ গ্রেণ
পরিস্রুত জল	১ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

ধুতুরার বীর্য্যসার। ইহাও তারাপ্রসারক। য়্যাট্রোপীনের পরিবর্ত্তে ব্যবহার। চক্ষুতে সামান্ত উত্তেজনা আনয়ন করে।

৪৪ ব্য। ডিউবয়েসিন লোশন।

সলফেট অব ডিউবয়েসিয়া	১ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স। মিসাও।

য়্যাট্রোপীন অপেক্ষা তারা শীঘ্র এবং অধিক প্রসারিত হয়। কিন্তু অল্পক্ষণেই ঘুচিয়া যায়। যেখানে য়্যাট্রোপীনে কঞ্জংটিভাইটিস আনয়ন করে, তথায় ব্যবহার করিয়াও কখন কখন বিলক্ষণ মত্ততা জন্মে বলিয়া, সতর্ক হইয়া ব্যবহার করা উচিত।

৪৫ ব্য। হোম-য়্যাটোপীন ডপ্ স।

হাইড্রোব্রোমেট অব হোম-য়্যাট্রোপীন	৪-৬ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স। মিশ্রিত কর।

য়্যাট্রোপীন অপেক্ষা শীঘ্র তারা প্রসারিত হয়; এবং তৎপরে আবার শীঘ্র তারা পূর্ব্ববৎ সঙ্কুচিত হয়। এই নিমিত্ত ভিট্রিয়স ও লেন্স প্রভৃতি চক্ষুর গর্ভস্থ অবয়ব সকলের পীড়ায় অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিতে তারা প্রসারিত রাখিতে সচরাচর বিশেষ প্রয়োজনে লাগে।

ইহাতে ৫ হইতে ১৫ মিনিটের মধ্যেই তারা প্রসারিত হয়; এবং ৫০ মিনিটে যতদূর প্রসারিত হইবে, ততদূর হয়। এক ঘণ্টা কাল এইরূপ অবস্থা থাকিয়া ২৪ ঘণ্টার মধ্যেই তারা পূর্ব্ববৎ সঙ্কুচিত হয় এবং দৃষ্টিদোষ দূর হয়। কিন্তু য়্যাট্রোপীনের স্থায় প্রবল তারাপ্রসারক নহে; এবং কোকেনের সহিত ব্যবহৃত হইলে, আরো শীঘ্র এবং অধিক ক্ষমতার কার্য্যকর হয়।

৪৬ব্য। কোকেন-হোময়্যাটোপীন ডপ্ স।

হোময়্যাট্রোপীন হাইড্রোব্রোমেট	৬ গ্রেণ
কোকেন হাইড্রোক্লোরেট	১০ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

চক্ষুর আলোকোপযোগিতা নির্ণয়ে কতিপয় ঘণ্টার মধ্যেই দর্শনোপযোগিতা প্রত্যাবৃত্ত হইবার অভিপ্রায়ে ব্যবহার।

৪৭ ব্য। ক্যালাবার বীন লোশন।

একষ্ট্রাক্ট ক্যালাবার বীন	৪ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	১ ড্রাম

মিশ্রিত কর।

৪৮ ব্য। এসারীণ লোশন (উগ্র)।

(ফিজষ্টিগ্মিন—ক্যালাবার বীনের বীর্য্যসার)

সল্ফেট অব এসারিয়া	১ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	২ ড্রাম।

মিশ্রিত কর।

য়্যাট্রোপীনে বা স্নায়বীয় আঘাতে তারা প্রসারিত থাকিলে, তারা সঙ্কুচিত করিতে ও পুনর্দ্দৃষ্টি লাভার্থে এবং প্রবল গ্লকোমা এবং কর্ণিয়ার কোন কোন ক্ষত রোগে বা আঘাতে ব্যবহার।

কেহ কেহ ইহার সহিত কোকেন মিশ্রিত করিয়া ব্যবহার করেন। যেখানে চক্ষুকে অসাড় করা মাত্র প্রয়োজন, অথচ তারা বড় হইবে না, তথায় অর্থাৎ ছানি প্রভৃতি অস্ত্র করিবার সময় ইহাতে ৫ গ্রেণ কোকেন মিশাইয়া দেওয়া যায়।

এসারীণের পাত প্রত্যেকে $\frac{1}{1000}$ গ্রেণ।

সাভরি এবং মুর কোং প্রস্তুত সকল প্রকার তারাপ্রসারক ও তারা-সঙ্কোচক ঔষধের চাকতি পাওয়া যায়। লোশন অপেক্ষা উহা সুবিধা-জনক। হোম্-য়্যাট্রোপীন ও ডিউবয়েসীনের মূল্য অধিক।

৪৯ ব্য। এসারীন লোশন (ক্ষীণ)।

এসারিয়া স্যালিসিলেট বা সল্ফেট	১ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

পূর্ব্বোক্ত লোশন অপেক্ষা ইহা মন্থ হয়। ৫ মিনিটের মধ্যেই তারা সঙ্কুচিত এবং

সিলিয়ারি পেশী আকুঞ্চিত হইতে আরম্ভ হয় এবং ২০ হইতে ৫০ মিনিটের মধ্যে পূর্ণ ক্ষমতা প্রকাশ করে। ২।৩ ঘণ্টা মাত্র দৃষ্টির গোলযোগ ঘটে; কিন্তু তারা ২।৩ দিন পর্য্যন্ত সঙ্কুচিত থাকে। ক্ষীণ লোশনে দৃষ্টির গোলযোগ না ঘটাইয়া তারা সঙ্কুচিত হয়।

এসারীণ ব্যবহারে চক্ষুতে বেদনা হয় এবং মাথা ধরে; সিলিয়ারি প্রদেশ আরক্তিম হয় এবং অর্বিকিউলেরিজ পেশী আকুঞ্চিত হইতে থাকে। কখন কখন যাতনা অতি ভয়ানক হয়; কিন্তু প্রায়তঃ অধিক ক্ষণ থাকে না। আদিম গ্লকোমা রোগে চক্ষুর বিতান খর্ব্ব করে।

৫০ ব্য। পাইলো- কার্পাইন ড্রপ্স।

(জ্যাবোরাণ্ডিন)

পাইলোকার্পাইন (স্যালিসিলেট, নাইট্রেট বা হাইড্রোক্লোরেট) ৪ গ্রেণ
পরিস্রুত জল ১ ঔন্স
মিশ্রিত কর।

তারা সঙ্কোচক; কিন্তু এসারীণ অপেক্ষা ক্ষীণবল। এসারীণে উত্তেজনা আনিলে তৎপরিবর্ত্তে ব্যবহার।

বহুব্যবহারে জানা গিয়াছে যে, এসারীণ (ফাইজষ্টিগ্মীন) এবং পাইলো-কার্পাইন (জ্যাবোরাণ্ডীন) নিম্নলিখিত রোগে বিশেষ উপকারক। ক্রনিক কঞ্জংটিভাইটিস এবং তাহা যথায় কোন প্রকার ঔষধে আরাম হয় না, ফ্লিক্টিনিউলার এবং পশ্চিউলার প্রদাহ; ইপিস্ক্লেরাইটিস; ভ্যাস্কিউলার কর্ণিয়াইটিস; ভেসিকিউলার কর্ণিয়াইটিস, ইণ্টারষ্টিশিয়াল কর্ণিয়াইটিস; ওনিক্স, হাইপোপিয়ন ও সপিউরেটিভ কর্ণিয়াইটিস; স্পেসিফিক, মার্জিনাল, সিমিচেক্স, পার্ফোরেটিং ও রোডেণ্ট প্রভৃতি কর্ণিয়ার ক্ষত রোগ; কর্ণিয়ার পরিধিভাগে বা স্ক্লেরটিক ও কর্ণিয়ার সন্ধিস্থলে আঘাত লাগিলে তাহা; অল্পদিনের ম্যাটেরিয়ার সাইনেকিয়া, সামান্যমাত্র বহুদিনের ম্যাটেরিয়ার সাইনেকিয়া এবং পোষ্টেরিয়ার সাইনেকিয়া; কর্ণিও-আইরাইটিস (উপকারক; কিন্তু অস্থায়ী), সিক্লাইটিস, আইরিডো-সিক্লাইটিস, এবং কোরইডো-আইরাইটিস; ক্যাটারাক্ট অস্ত্রসাধনের পরে যদি, কর্ণিও-আইরাইটিস ও আইরিস বহির্গত হইবে বলিয়া আশঙ্কা জন্মে; সমবেদনাসম্ভূত সুস্থ চক্ষুতে ঐ সকল প্রদাহ; সিলিয়ারি পেশীর পক্ষাঘাতজনিত বিবিধ অবস্থা; অপথাল্মোপ্লেজিয়া ইণ্টার্ণা ও এক্ষ্টার্ণা; মাইওপিয়া ও তৎসঙ্গে অপ্রচুর রেক্টাই পেশী; স্বতঃ উৎপন্ন অথবা আঘাতজনিত গ্লকোমা রোগজ প্রাথমিক অবস্থা; চক্ষুর বর্দ্ধিত বিতান ও অতিশয় রসসঞ্চয়; রেটিনার রক্তস্রাব, রক্তসংঘাত ও বিশ্লেষ; রসসঞ্চয় জনিত রেটিনার নিম্নে স্ফীতি; অপ্টিক নিউরাইটিস এবং প্যাপিলাইটিস।

এই উভয়বিধ ঔষধের উপকারিতা সম্বন্ধে সবিশেষ জ্ঞান ও ভূয়োদর্শন না থাকায় অনেকেই অনেকানেক কঠিন চক্ষুরোগ চিকিৎসা করিতে অপারগ হয়েন। চক্ষুচিকিৎসক ডাক্তারদিগের নিকট ইহারা নূতন ঔষধ না হইলেও রোগের চরম অবস্থা না হইলেও কেহই তাঁহাদের নিকট চিকিৎসার্থী হয়েন না। সুতরাং যে সময়ে ঔষধ উপকার করিতে পারে, তাহা অতীত হইয়া যাইলে, তখন অতি বিজ্ঞ চক্ষুচিকিৎসকও ঐ সকল ঔষধে কিছুই করিতে পারেন না। আশ্চর্য্যের বিষয় এই যে, এই দুই ঔষধ যাঁহারা ব্যবহার করেন, তাঁহারাও উঁহাদের ও অন্যান্য তারাসঙ্কোচক ও প্রসারক ঔষধের প্রকৃত ব্যবহার ও কার্য্যকারিতা সম্বন্ধে সবিশেষ অবগত নহেন। চক্ষু চিকিৎসা গ্রন্থে যেরূপ লেখা এবং আমার এতাবৎ কালের অভিজ্ঞতায় বলি যে, চক্ষুরোগে এসারীণে যদ্রূপ আশ্চর্য্য ফল পাওয়া যায়, তদ্রূপ অন্য কোন ঔষধে পাওয়া যায় না।

প্রাথমিক গ্লকোমা রোগে চক্ষুতে এসারীণ

ব্যবহারের সঙ্গে সঙ্গে চর্ম্মনিম্নে পাইলো-কার্পাইনের পিচকারী দিলে শীঘ্র চক্ষুর বিতানাদি কমিয়া যায়। সলফেট অব এমারীণ অপেক্ষা স্যালিসিলেট এমারীণ এবং বহুদিনের প্রস্তুত লোশন অপেক্ষা টাট্কা প্রস্তুত লোশন অনেকাংশে উত্তম। কেহ কেহ ইহা সহ্য করিতে পারেন না; চক্ষু উত্তেজিত হয় এবং আকুঞ্চিত হইতে থাকে। বহু দিনের প্রস্তুত লোশনে কীটাদি (ফঙ্গস) জন্মে। কিন্তু উগ্র লোশন অপেক্ষা ক্ষীণ লোশনে এই সকল লক্ষণ ঘটে না। এমারীণ সহ্য না হইলে, পাইলো-কার্পাইনে চক্ষু উত্তেজিত হয় না।

৫১ ব্য। জেলসিমিনিম ড্রপ্স।

জেল্সিমিনিম	৪ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স

মিসাও।

তারাপ্রসারক; কিন্তু য়্যাট্রোপীন অপেক্ষা ক্ষীণবল। অক্ষিবীক্ষণ দ্বারা চক্ষু পরীক্ষা করিতে প্রয়োজন।

৫২ ব্য। পাইলো-কার্পাইনের পিচকারী।

(ত্বগধঃ)

পাইলো-কার্পাইন হাইড্রোক্লোরেট	৫ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	১ ড্রাম।

ইহা হইতে প্রথমে ৩ মিনিম লইয়া প্রত্যহ অথবা এক দিন অন্তর চর্ম্মনিম্নে পিচকারী করিতে হয়।

রেটিনাইটিস, রেটিনার বিশ্লেষ এবং কোরই-ডাইটিস রোগে ব্যবহার হয়।

চর্ম্মনিম্নে পাইলো-কার্পাইনের পিচকারী দিলে ১০।১৫ মিনিটের মধ্যেই মুখমণ্ডল ও গ্রীবাদেশ আরক্তিম হইয়া উঠে; এবং গাত্র হইতে অপরিমিত ঘর্ম্ম নির্গত হয়, গাত্র অতিশয় শীতল হয়, মুখ হইতে লালা নির্গত হয় এবং কখন কখন ঘর্মন বা বমনোদ্বেগ হয়। নাড়ীবেগ দ্রুত, ঘন শ্বাসপ্রশ্বাস এবং অধিকক্ষণ ঘর্ম্মের পর অবসন্নতা জন্মে। ভরা পেটে এই পিচকারী দিতে হয়। হিষ্টিরিয়া রোগগ্রস্ত ব্যক্তির এই সকল লক্ষণ অতিশয় ঘটে।

৫৩ ব্য। ষ্ট্রীকনিয়ার পিচকারী।

লাইকর ষ্ট্রীকনীন বি. পি. (৪ গ্রেণে ১ ঔন্স) মাত্রা।—২ মিনিম (১/৬০ গ্রেণ) ক্রমে মাত্রা বৃদ্ধি। প্রত্যহ একবার পিচকারী।

৫৪ ব্য। ইনফিউশন আবরি।

জেকুইরিটি নামক এক প্রকার বীজ দক্ষিণ আমেরিকায় পাওয়া যায়। জেকিউরিটি বীজ চূর্ণ ১ ড্রাম উষ্ণ জল (১২০ ফ) ১২ ড্রামে ২।৪ ঘণ্টা ভিজাইয়া অথবা সিদ্ধ করিয়া শীতল হইলে শিশিতে রাখ। এই লোশন ৪।৫ দিন থাকে। গাঁজলা উঠিলে শক্তিহীন হয়। গ্রানি-উলার লিড্স রোগে সম্পূর্ণ প্যানস উপশমার্থে ব্যবহার। অক্ষিপুট উল্টাইয়া ২।১০ মিনিটের মধ্যে বারংবার লাগাইলেই যথেষ্ট হয়। ভিন্ন ভিন্ন ব্যক্তিতে ইহাতে ভিন্ন ভিন্ন কষ্ট প্রদান করে।

৫৫ ব্য। অম্লু য়্যাট্রোপীন।

য়্যাট্রোপীন	৩ গ্রেণ
রেক্টি স্পিরিট	½ ড্রাম
বেঞ্জোয়েটেড লার্ড	১ ঔন্স

মিশ্রিত কর।

৫৬ ব্য। পল্সেটিলা লোশন।

পলসেটিলা	১ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স। মিশ্রিত কর।

ক্যাটারাল অফথ্যাল্মিয়া রোগে ব্যবহার্য্য। তদ্রূপ স্থলে ½ গ্রেণ হইতে ৬ গ্রেণ পর্য্যন্ত সেবন করাও যাইতে পারে।*

৫৭ ব্য। ইউফ্রেসিয়া লোশন।

ইউফ্রেসিয়া	৫ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

৫৮ ব্য। বিসমথ লোশন।

বিসমথ নাইট্রেটিস ৫ গ্রেণ
পরিস্রুত জল (অথবা ভ্যাসালীন) ১ ঔন্স।
মিশ্রিত কর।

পুরাতন কঞ্জংটিভাইটিস রোগে বিশেষ ফলপ্রদ।

৫৯ ব্য। ক্যাড্‌মিয়ম লোশন।

ক্যাড্‌মিয়ম সল্‌ফ ১ গ্রেণ।
পরিস্রুত জল ১ ঔন্স।
মিশ্রিত কর।

ধাবনার্থে জিঙ্ক অথবা কপার লোশনের পরিবর্ত্তে ব্যবহার।

৬০ ব্য। সোডিয়ম ক্লোরাইড লোশন।

সোডিয়ম ক্লোরাইড ৪ গ্রেণ
পরিস্রুত জল ১ ঔন্স।
মিশ্রিত কর।

উগ্র কষ্টিক ব্যবহারের ২।১ মিনিট পরেই এতদ্দারা চক্ষু ধৌত করিলে, কষ্টিক ব্যবহার-জনিত কাল দাগ পড়ে না।

৬১ ব্য। সল্‌ফো কার্ব্বলেট জিঙ্ক লোশন।

সল্‌ফো কার্ব্বলেট অব জিঙ্ক ২ গ্রেণ
পরিস্রুত জল ১ ঔন্স।
মিশ্রিত কর।

৬২ ব্য। কষ্টিক প্রলেপন।

আরজেণ্টি নাইট্রাস ১০।৩০ গ্রেণ।
পরিস্রুত জল ১ ঔন্স।
মিশ্রিত কর।

৬৩ ব্য। ক্লোরেট অব পোটাস লোশন।

এসিড বোরাসিক ১½ ড্রাম
পোটাস ক্লোরেট ১½ ড্রাম
ইউক্যালিপ্‌টস জলে ৮ ঔন্স পূর্ণ করিয়া মিশ্রিত কর।

এতদ্দারা কুল্লি করিলে পারাসেবন জনিত দন্তমূলের শিথিলতা, বেদনা ও বজবজে অবস্থা দূর হয়।

৬৪ ব্য। র‍্যাটেনি ও মার লোশন।

একষ্ট্রাক্ট র‍্যাটেনি ১ ড্রাম
ঐ মার ১ ড্রাম
ইউক্যালিপ্‌টস জলে ১২ ঔন্স পূর্ণ করিয়া মিশ্রিত কর।

পূর্ব্বোক্ত স্থলে কুল্লি করিতে হয়; এবং তৎ-সঙ্গে পরবর্ত্তী ঔষধ তুলিকা দ্বারা বেদনাপ্রদ দন্তমূলে লাগাইতে হয়।

৬৫ ব্য। এসিড ক্রোমিক লোশন।

এসিড ক্রোমিক ১০ গ্রেণ
জল ১ ঔন্স
মিশ্রিত কর।

পারাসেবন জনিত বেদনাপ্রদ দন্তমূলে লাগাইতে হয়।

৬৬ ব্য। ট্যানিন-গ্লীসারীণ।

এসিড ট্যানিন ২ ড্রাম
গ্লীসারীণ বা সিরপ ১ ঔন্স

মিসাইয়া কাচের পাত্রে সামান্য উত্তপ্ত করিলে, সম্পূর্ণ দ্রব হইয়া ব্যবহারোপযোগী হয়।

৬৭ ব্য। বোরাক্স-গ্লীসারীণ।

বোরাক্স ২ ড্রাম
গ্লীসারীণ বা সিরপ ১ ঔন্স
মিশ্রিত কর।

৬৮ ব্য। বরো-গ্লীসারীণ।

৬২ ভাগ বোরিক এসিড ৯২ ভাগ গ্লীসারীণের সহিত মিসাইয়া অগ্নির উত্তাপে তৃতীয়াংশ করিয়া প্রস্তুত। কাচদ্রববৎ তরল; সঙ্কোচক ও পচননিবারক।

ইহা দ্বারা মৎস্য, মাংস ও দুগ্ধ বাসি রাখা যায়। কর্ণিকার ক্ষত রোগে এসারীণের সহিত মিশ্রিত করিয়া ব্যবহার হয়। ট্র্যাকোমেটস কেরাটাইটিস এবং পুটীয় গ্রানিউলার রোগে য়্যাট্রোপীন অথবা সল্‌ফেট অব কপারের সহিত এবং অক্ষিপুটের একজিমা রোগে এক

পরিবর্ত্তিত কেরাটাইটিস রোগে গ্লীসারীণের সহিত ব্যবহার। নবপ্রসূত বালকদিগের অপ-থ্যাল্মিয়া রোগে প্রত্যহ ২ ঘণ্টা অন্তর চক্ষুর অভ্যন্তরে প্রযোজ্য।

৬৯ ব্য। সিট্রিন অয়েণ্টমেণ্ট (ক্ষীণ)।

অঙ্গু হাইড্রার্জ নাইট্রাস	২ গ্রেণ
ঐ সিম্প্লেক্স	২ ড্রাম

মিশ্রিত কর।

উপদংশ ক্ষতে অথবা কোন বিশেষ স্থলে ১ ড্রাম মলমে ১০ গ্রেণ হাইড্রার্জ ব্যবহৃত হইতে পারে।

ব্রিটিস ফার্মাকোপিয়ায় ৬ ড্রাম ভ্যাসালীন বা প্রস্তুত লার্ডে ১ ড্রাম হাইড্রার্জ অয়েণ্টমেণ্ট ব্যবহার দেখা যায়। তাহাও, প্রয়োজন হইলে, টার্সাল অপ্থাল্মিয়া প্রভৃতি চক্ষুরোগে ব্যবহৃত হইতে পারে।

৭০ ব্য। সিট্রীন অয়েণ্টমেণ্ট।

অঙ্গু হাইড্রার্জ নাইট্রেট	৩ গ্রেণ
পল্ভ হাইড্রার্জ নাইট্রো-অক্সাইড	৩ গ্রেণ
এসিডি আর্সেনিওসি	½ গ্রেণ
অলিয়ম এমিগ্ডেলি	১০ মিনিম
ভ্যাসালীন	১ ড্রাম

মিশ্রিত কর।

টিনিয়া টার্সাই রোগে বিশেষ উপকারক।

৭১ ব্য। হাইড্রার্জ বিন আইওডিড অয়েণ্টমেণ্ট।

হাইড্রার্জ আইওডিড্ রুব্রাই	২ গ্রেণ
অঙ্গুয়েণ্টম্ সিম্পেক্স	১ ড্রাম

মিশ্রিত কর।

পারদঘটিত ব্লিষ্টার। কোন স্থানে মর্দ্দন করিতে হইলে, চর্ম্মদস্তানা দ্বারা অঙ্গুলি আবৃত করা উচিত।

৭২ ব্য। হাইড্রার্জ বেলেডোনা অয়েণ্টমেণ্ট।

এক্‌ষ্ট্রাক্ট বেলেডোনা	২ ড্রাম
অঙ্গুয়েণ্টম হাইড্রার্জ	৬ ড্রাম

মিশাও।

৭৩ ব্য। ইয়েলো অয়েণ্টমেণ্ট।

হাইড্রার্জ অক্সাইড ফ্লেভা	২ গ্রেণ
শ্বেত ভ্যাসালীন	১ ড্রাম

মিশ্রিত কর।

প্যাজেনষ্টেচার্স অয়েণ্টমেণ্টে ৩ গ্রেণ অক্সাইড ফ্লেভা দেওয়া হয়। কিন্তু ১ ঔন্সে ৮ গ্রেণ অথবা তাহা অপেক্ষা অল্প ইয়েলো অক্সাইড দেওয়া মলম সহজে সহ্য হয়।

কর্ণিয়ার নানাবিধ ক্ষত রোগে, নূতন পাতলা অস্বচ্ছতা রোগে এবং কোন কোন কেরাটাইটিস রোগে নীচের পাতা উল্টাইয়া তথায় ব্রস, স্পন বা পিচকারী দ্বারা কিঞ্চিৎ পরিমাণে প্রত্যহ ১।২ বার মাত্র দেওয়া বিধেয়। টার্সাল অপথ্যাল্মিয়া রোগেও বিশেষ উপকারক।

চিকিৎসক নিজে লাগাইয়া দিলে, উগ্র মলম ব্যবহার প্রশস্ত। নতুবা রোগীকে ক্ষীণ মলম ব্যবহার করিতে দেওয়া উচিত।

মলম অর্দ্ধ ঘণ্টা কাল চক্ষুতে রাখা এবং পরে জ্বালাকর হইলে উষ্ণ জল দিয়া ধৌত করা বিধেয়।

৭৪ ব্য। য্যাট্রোপীন ইয়েলো অয়েণ্টমেণ্ট।

ইয়েলো অক্সাইড অব মার্কারি	৮ গ্রেণ
য্যাট্রোপীন সল্ফ	৳ গ্রেণ
ভ্যাসালীন	১ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

পূর্ব্বোক্ত রোগে পূর্ব্বোক্তরূপে ব্যবহার। ইহার সহিত কোকেনও মিলান যায়।

৭৫ ব্য। অঙ্গু হাইড্রার্জ রেড অক্সাইড।

রেড অক্সাইড অব মার্কারি ২৪ গ্রেণ বা তদল্প

ভ্যাসালীন ১ ঔন্স; মিশ্রিত কর।

টার্সাল অপ্থ্যাল্মিয়া প্রভৃতি রোগে ব্যবহার। পূর্ব্বে কর্ণিয়ার ক্ষত ও পাতলা অস্বচ্ছতা রোগে ব্যবহৃত হইত। কিন্তু ইয়েলো অক্সাইডের ব্যবহার হওয়ায় ও তাহাতে এতদপেক্ষা অল্প

উত্তেজনা আনয়ন করায়, ইহা আর তাদৃশ ব্যবহৃত হয় না। "সিঙ্গলটন্স গোল্ডেন আই অয়েণ্টমেণ্ট" বলিয়া বাজারে যাহা বিক্রয় হয়, রাসায়নিক পরীক্ষায় দেখা গিয়াছে যে, তাহাতে ১ ঔন্সে ৭০ গ্রেণ অতি চূর্ণ রেড অক্সাইড আছে।

৭৬ ব্য। আইডোফর্ম্ম অয়েণ্টমেণ্ট।

প্রিসিপিটেটেড আইডোফর্ম্ম গ্রেণ ১০।৩০ বা তদপেক্ষা অধিক।
ভ্যাসালীন ১ ঔন্স।

আইডোফর্ম্ম অতি চূর্ণ আকারে বা উপর্য্যুক্ত মলমরূপে চক্ষুতে ব্যবহার করা যায়।

৭৭ ব্য। অঙ্গু আইডোফর্ম্মি। বি. পি.।

আইডোফর্ম্ম ৪৫ গ্রেণ বা তদধিক
বেঞ্জোয়েটেড লার্ড ১ ঔন্স।
মিশ্রিত কর।

৭৮ ব্য। আইডোফর্ম্ম ও মার্কবি অয়েণ্টমেণ্ট।

আইডোফর্ম্ম ৫ গ্রেণ
হাইড্রার্জ অক্সাইড ফ্লেভা ৮ গ্রেণ
ভ্যাসালীন ৪ ড্রাম
মিশ্রিত কর।

৭৯ ব্য। একোনিসিয়া অয়েণ্টমেণ্ট।

একোনিসিয়া ৪ বা ৮ গ্রেণ।
ভ্যাসালীন ১ ঔন্স, মিশ্রিত কর।

৮০ ব্য। বোরাসিক অয়েণ্টমেণ্ট।

এসিড বোরাসিক (চূর্ণ) ২ ড্রাম।
প্যারাফীন ২ ড্রাম।
অয়েল আমণ্ড ১ ড্রাম।
ভ্যাসালীন বা লার্ড ৪ ড্রাম।
মিশ্রিত কর।

৮১ ব্য। য়্যাট্রোপিয়া-বেলেডোনা অয়েণ্টমেণ্ট।

য়্যাট্রোপিয়া সল্‌ফ ১ গ্রেণ।
একষ্ট্রাক্ট বেলেডোনা ৪ ড্রাম।
গ্লীসারীণ ৪ ড্রাম, মিশ্রিত কর।

৮২ ব্য। হাইড্রার্জ-য়্যাট্রোপিয়া অয়েণ্টমেণ্ট।

য়্যাট্রোপিয়া সল্‌ফ ১ গ্রেণ।
অঙ্গুয়েণ্টম্ হাইড্রার্জ ২ ড্রাম।
সিম্পল অয়েণ্টমেণ্ট ৪ ড্রাম।
মিশাও।

৮৩ ব্য। জিঙ্ক অক্সাইড অয়েণ্টমেণ্ট।

জিন্‌সাই-অক্সাইড ৩ ড্রাম।
বেঞ্জোয়েটেড লার্ড ২ ঔন্স।
মিশ্রিত কর।

৮৪ ব্য। বেলেডোনা অয়েণ্টমেণ্ট।

(৮১, ও ১৯১ ব্য দেখ)

য়্যাট্রোপিয়া সল্‌ফ ৪ গ্রেণ।
একষ্ট্রাক্ট বেলেডোনা ৪ ড্রাম।
গ্লীসারীন বা লার্ড ১ ড্রাম
ভ্যাসালীন ৩ ড্রাম
মিশাও।

৮৫ ব্য। রেড্ প্রিসিপিটেড অয়েণ্টমেণ্ট।

(৭৫ ব্য দেখ)

হাইড্রার্জ অক্সাইড রুব্রাই ১০-৬০ গ্রেণ।
সিম্পল অয়েণ্টমেণ্ট বা ভ্যাসালীন ১ ঔন্স।
মিশাও।

কঞ্জংটিভাইটিস এবং কেরেটাইটিস রোগে ব্যবহার। কর্ণিয়ায় অল্প শাদা দাগ পড়িলে, তথায়ও প্রযোজ্য।

৮৬ ব্য। কোডিয়ম পিল্‌স।

কোডিন ৬ গ্রেণ
একষ্ট্রাক্ট রস গল ২৪ গ্রেণ।

মিশ্রিত করিয়া ২৪টী বটিকায় ভাগ কর। প্রাতঃসন্ধ্যা এক একটি সেব্য।

অথবা

কোডীন	½ হইতে ২ গ্রেণ
একষ্ট্রাক্ট নক্সভমিকা	½ হইতে ২ গ্রেণ
একষ্ট্রাক্ট লেটিউর্স	৩ গ্রেণ।

মিশ্রিত কর।

দিবসে ২।৩ বার সেব্য।

৮৭ ব্য। পিল হাইড্রার্জ কম্ ওপিয়াই।

পিল হাইড্রাজ	৪ গ্রেণ।
পল্ভ ওপিয়াই	অর্দ্ধ গ্রেণ।

একত্রে মিলাও।

৮৮ ব্য। কলোসিন্থ কম্পাউণ্ড (বেড পিল)

পিল কলোসিন্থ কম্পাউণ্ড	৮ গ্রেণ।
পডোফিলি রেজিনি	অর্দ্ধ গ্রেণ।
একষ্ট্রাক্ট হায়েসায়েমস	১ গ্রেণ।

মিলাও।

ইহাতে ২টী বটিকা করিয়া, ২টীই শয়ন সময়ে সেব্য। (জোলাপ)।

৮৯ ব্য। ইউনিমীন বেড পিল।

(ক) পিল কলোসিন্থ কম্পাউণ্ড	৮ গ্রেণ
ইউনিমীন	৩ গ্রেণ।
একষ্ট্রাক্ট হায়েসায়েমস	১ গ্রেণ

মিশাইয়া ২টী বটিকা কর। ২টীই শয়ন সময়ে সেব্য।

(খ) ইউনিমীন	২ গ্রেণ।
একষ্ট্র হেনবেন	১ গ্রেণ

মিলাও।

এইরূপ ২টী শয়ন সময়ে এবং প্রাতে সিট্‌লীজ পাউডার দ্বারা জোলাপ লওয়া যায়।

৯০ ব্য। পিল্ হাইড্রার্জ কম ক্রিটা কম রিয়াই।

হাইড্রার্জ কম ক্রিটা	২ গ্রেণ
পল্ভ রিয়াই	৪ গ্রেণ। মিলাও।

৯১ ব্য। বিস্মথ পাউডার।

বিসমথ নাইট্রাস	৫ গ্রেণ
স্থালাসীন	২।৩ ঐ
পল্ভ ইপিকাক্	¼ ঐ
ঐ ক্রিটা এরোমেটিক	২ ঐ

মিশ্রিত কর।

৯২। বিসমথ ওপিয়ম পাউডার।

বিসমথ সবনাইট্রাস	৫ গ্রেণ
পল্ভ ক্রিটা কম ওপিও	১ গ্রেণ

মিশ্রিত কর।

আমাশয় ও অজীর্ণ রোগে সেব্য।

ভয়ানক পুরাতন আমাশয় রোগে প্রত্যহ ৫।৭টী কুক্কুট ডিম্বের শ্বেতাংশ কিঞ্চিৎ জলে ফেনাইয়া তাহাতে অল্প চিনি বা লেবু মিশ্রিত করিয়া প্রত্যহ ৫।৭ বার খাইলে, শীঘ্র আরাম হয়। কলিক বেদনা থাকিলে ঐ সঙ্গে ২।১০ ফোটা টিং ওপিয়ম মিলাইতে হয়।

৯৩ ব্য। পার্ম্যাঙ্গানেট পিল্স।

পারম্যাঙ্গানেট অব পোটাস ১ বা ২ গ্রেণ অল্প কেওলীন অয়েণ্টমেণ্ট বা অল্প রেসিনি দিয়া বটিকা কর।

ঋতুলোপে শরীর মোন হইলে প্রত্যহ ৩বার সেবনে বিশেষ উপকার দর্শে।

৯৪ ব্য। নক্সভমিকা ওপিয়ম মিকশ্চার।

এসিড কার্বলিক	২ মি
লাইকর ওপিয়াই সেডে	৫ ঐ
টিং নিউসিস ভমিস	৫ ঐ
জল	১ ঔন্স। মিশ্রিত কর।

অজীর্ণ রোগে সেব্য।

৯৫ ব্য। এসিড সাইট্রিক ও সোডা মিক্শ্চার।

এসিড সাইট্রিসি	২ ড্রাম
সোডি কার্বনেটিস	৪½ ড্রাম
গ্লীসারীণ	২½ ড্রাম
স্প্রিট মেন্থি পিপ	৫ ফোটা।
পরিস্রুত জলে	৭ ঔন্স পূর্ণ করিয়া

মিশ্রিত কর।

বহুমূত্র রোগে অতিরিক্ত এসিড এবং অধিক প্রস্রাব নিবারণার্থে এই পরিমাণে প্রত্যহ দুই-বার সেব্য। এই সঙ্গে কডিয়া পিল্‌স সেবন করিতে হয়।

৯৬ ব্য। পুরাতন জ্বরমিশ্র।

লাইকর আর্সেনিসাই হাইড্রোক্লোরিসাই	৩ মিনিম
এসিডি নাইট্রো-হাইড্রোক্লোরিসাই	১০ মি
স্পিরিট ক্লোরোফর্ম	১০ মি
টিং অরেঞ্জ পিল	২০ মি
জল	১ ঔন্স

মিশ্রিত কর।

প্রত্যহ ৩বার পুরাতন ম্যালেরিয়া জ্বরে সেব্য। ১ দিনেই কম্প ও ঘর্ম্ম নিবারণ করে।

৯৭ ব্য। আইওডীড আর্গট মিক্শ্চার

পোটাস আইওডীড	৩ গ্রেণ
ঐ ব্রোমাইড	১০ গ্রেণ
একষ্ট্রা আর্গট লিকুইড	½ হইতে ১ ড্রাম
জলে	১ ঔন্স পূর্ণ করিয়া

মিশ্রিত কর।

স্ত্রীলোকদিগের মিউসি প্রভৃতি রোগে দৃষ্টি ঝাপ্‌সা হইলে চক্ষুতে এসারীন প্রয়োগের সঙ্গে সঙ্গে সেব্য।

৯৮ ব্য। নাইট্রো-গ্লীসারীণ।

(শতকরা ১ ভাগ সলিউশন)

এলকোহলের পরিবর্ত্তে ব্যবহার। ২।১ ফোটা ১ ঔন্স ব্রাণ্ডির সমান। কোন গন্ধ, আস্বাদ বা বর্ণ নাই। সেবনমাত্রেই কার্য্যকর—কিঞ্চিৎ দেরীতে নহে। ব্র্যাণ্ডির ন্যায় উত্তেজক। কিন্তু পুনঃপানার্থে লালসা জন্মে না।

কোন আঘাতে অস্ত্রসাধনের পর, বা ক্লোরফর্ম্ম প্রয়োগ করিয়া হৃদ্‌পিণ্ডের কার্য্য কম হইলে, আফিঙ্গ বিষাক্ততায়, হাঁপানি ও হিষ্টিরিয়ার রুদ্ধশ্বাসে এবং টাইফয়েড জ্বরাদিতে শরীর হিম হইলে সেব্য।

৯৯ ব্য। কম্পাউণ্ড ক্রাইসোরবীন।

ক্রাইসোরবীন (গোয়া পাউডার)	১০ ভাগ
স্যালিসিলিক য়্যাসিড	১০ ভাগ
ইথার	১৫ ভাগ
ফেক্সিবল কলোডিয়ন	১০০ ভাগ

মিশ্রিত কর।

দদ্রুরোগে বিশেষ উপকারক। কাপড়ে ও গাত্রে দাগ লাগে না এবং জ্বালাও করে না।

১০০ ব্য। মিক্শ্চুরা সিলি।

ভাইনম ইপিক্যাক্	১৫ মি
ঐ এণ্টিমনি	১৫ মি
সিরপ সিলি	১৫ মি
জলে (যেরূপ হউক)	১ ঔন্স পূর্ণ করিয়া

মিশ্রিত কর।

১০১ ব্য। স্যালাইন মিক্শ্চার।

(১১৪ ব্য দেখ)

লাইকর এণ্টিমন টার্ট	২২½ মি
স্পিরিট ইথারিস নাইট্রোসি	২২½ মি
লাইকর য়্যামোন এসিটাস	১৫ মি
জলে (যেরূপ হউক)	১ ঔন্স পূর্ণ করিয়া

মিশ্রিত কর।

এই দুই ঔষধ (১০০, ১০১ ব্য) জ্বর ও নিউমোনিয়া রোগে বিশেষ উপকারক। কোন কোন স্থলে উভয় ঔষধের অর্দ্ধ অর্দ্ধ মাত্রা মিসাইয়া (মিক্শ্চুরা সিলি স্যালাইন) আরো অধিক ফল পাওয়া যায়। কাফেরীন, স্যালিসিলেট অব সোডা এবং কুইনাইনেও বিশেষ উপকার দর্শে। বালকদিগের দন্তোদ্‌গম সময়ে সর্দ্দি জ্বরে কিঞ্চিৎ হায়োসায়েমস বা বেলেডোনা মিসাইয়া শিশুমাত্রায় উপকার-জনক।

ভাইনম এণ্টিমোনিয়েল ১৫ মিনিম মাত্রায় ২ ঘণ্টা অন্তর এবং তৎসঙ্গে ম্যাগ্‌নি সল্‌ফ ১ ড্রাম করিয়া সেবন করিলে এবং তৎপরে ৩ দিন ৩ ঘণ্টা অন্তর ১৫ মিনিম মাত্রায় উহা

অথবা ইপিক্যাক সেবন করিলে, প্রবল অর্কাইটিস রোগ আরাম হয়। কেবল অণ্ডকোষ উর্দ্ধশায়ী রাখিতে হয়। ইপিক্যাকে ক্ষুধামান্দ্য বা গা-বমি-বমি করে না।

১০২ ব্য। এসিড হাইড্রোব্রোমিক মিকৃশ্চার।

এসিড হাইড্রোব্রোমিক	২০ মিনিম
জল	১ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

কর্ণশব্দে বিশেষ উপকারক। প্রয়োজনমতে ইহার সহিত অন্যান্য ঔষধও মিসাইতে পারা যায়।

১০৩ ব্য। আইওডাইড অব আয়রণ মিকৃশ্চার।

পোটাসি আইওডীড	৫।৭ গ্রেণ
সিরপ ফেরি ডায়েলিসেটস	২০ মিনিম
জল	১ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

১০৪ ব্য। আয়রণ ও ষ্টিলিঙ্গিয়া মিকৃশ্চার।

একৃষ্ট্রাক্ট ষ্টিলিঙ্গিয়া কম লিকু (ডাং ম্যাকৃডেভিস)	৩০ মি.
সিরপ ফেরি ডায়েলিসেটস	২০ মি
জলে	১ ঔন্স পূর্ণ করিয়া

মিশ্রিত কর।

১০৫ ব্য। আর্গট অক্সাইড অয়েণ্টমেণ্ট।

একষ্ট্রাক্ট আর্গট ফ্লুইড	২ ড্রাম
জিঙ্কাই অক্সাইডি	½ ড্রাম
অঙ্গু য়্যাক্ বোজি	২ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

এই মলম লিণ্টের তুলাময় উপরিভাগে বিলক্ষণ ঘনভাবে লাগাইয়া কার্বঙ্কলের উপরিভাগে বসাইয়া তদুপরি তুলা দিয়া ঢাকিয়া রাখিতে হয়। দুই ঘণ্টা অন্তর সলফাইড অব ক্যালসিয়ম ½ গ্রেণ মাত্রায় (১৭০ ব্য) সেব্য; এবং কখন কখন নিম্নলিখিত ঔষধ সেব্য।

১০৬ ব্য। ম্যাগ্নি সলফেট মিকৃশ্চার।

ম্যাগনেসি সলফাট	৪ ড্রাম
ফেরি সলফাট	১ ঐ
এসিডি সল্ফ	৪ ঐ
সিরপ জিঞ্জিবেরিস	১ ঔন্স।
জলে	৩ ঔন্স পূর্ণ করিয়া

মিশ্রিত কর।

চা-চামচ মাত্রায় জলের সহিত মিসাইয়া নল দিয়া প্রত্যহ ৩ বার সেব্য। বিশ্রামের নিমিত্ত কখন২ রাত্রিকালে শয়ন সময়ে ডোভার্স পাউডার খাইতে হয়।

বহুমূত্রগ্রস্ত রোগী হউক অথবা যেরূপ রোগী হউক, অস্ত্র না করিয়া এই চিকিৎসায় অতি অল্প দিনের মধ্যেই, এমত কি, ২০।২৫ দিনের মধ্যেই আরাম হওয়া যায়। এরূপ চিকিৎসায় কর্ম্মকার্য্য বন্ধ করিতে হয় না। যাতনা নিবৃত্তি পায়। অস্ত্রজনিত কষ্ট হয় না ও দাগ থাকে না। নিম্নলিখিত বিষয়ে সাবধান থাকিতে হয়। ১। চাপ বা আঘাত না লাগে বা উত্তেজনা না হয়। ২। পোল্টিসাদি দ্বারা গরম বা শৈত্য করিবে না। ৩। অস্ত্র ব্যবহার করিবে না। ৪। মদ্যাদি উত্তেজক দ্রব্য পান করিবে না। ৫। সর্ব্বদা মলম লাগাইয়া রাখিবে। যদ একৃষ্ট্রাক্ট আর্গট লাগাইতে পারাও যায়। মলম ½ ইঞ্চির কম পুরু না হয়। ৬। দুই ঘণ্টা অন্তর সলফাইড অব ক্যালসিয়ম খাইয়া পূযকার্য্য হইতে দেখিবে। ৭। বলকর ও পোষ্টাই খাদ্য খাইবে এবং পরিষ্কার বায়ু সেবন করিবে। ৮। প্রয়োজন হইলে বেদনা-নিবারক, কোষ্ঠ পরিষ্কারক এবং প্রতিদিন উল্লিখিত টনিক ঔষধ সেব্য।

১০৭ ব্য। রম মিকৃশ্চার।

এমোনিয়া কার্বনেট	৫ গ্রেণ
রম	১ ড্রাম
সিমেমম জল	১ ঔন্স; মিশাও

১০৮ ব্য। ইকার্ডেসিং মিক্শ্চার।

পোটাসি বাইকার্ব	২০ গ্রেণ
স্পিরিট এমোন এরোম্যাট	৩০ মি
টাং অরেন্সাই	৩০ ম
পরিশ্রুত জল	দেড় ঔন্স; মিসাও।

১৪ গ্রেণ সাইট্রিক এসিড ২ ড্রাম্ জলে গুলিয়া ইহার সহিত মিসাইলে, যখন ফুটিয়া উঠিবে, তখন সমস্ত খাইবে।

১০৯ ব্য। নাইট্রো-মিউরিয়েটিক মিক্শ্চার।

এসিড, নাইট্রো-মিউরি ডিল	১০ মি।
টাং সিঙ্কোনা কম্পাউণ্ড	৩০ মি।
ঐ কার্ডেমম্ কম্পাউণ্ড	৩০ মি।
পিপামেণ্ট জলে	১ ঔন্স পূর্ণ

করিয়া মিসাও।

১১০ ব্য। গণোরিয়া মিক্শ্চার।

ব্যাল্সম কোপেবা	২০ মি।
লাইকর পোটাসি	২০ ঐ
অলিয়ম কিউবেব	২০ ঐ
পোটাসি নাইট্রাস	১০ গ্রে
অ্যালম	২ ঐ
টাং হায়েসায়েমস	২০ মিনিম
সিরপ রোজ	২ ড্রাম
গম একেসিয়া	যথেচ্ছা
সিনেমম জলে	১ ঔন্স পূর্ণ

করিয়া মিসাও।

১১১ ব্য। ক্লোরাল ও ব্রোমাইড মিক্শ্চার।

ক্লোরাল হাইড্রেট	২০ গ্রেণ
পোটাসি ব্রোমাইড	১০ ঐ
পিপামেণ্ট জল	১ঔন্স, মিসাও।

১১২ ব্য। হুপিং-কফ মিক্শ্চার।

ভাইনম ইপিক্যাক্	৫ মিনিম।
পোটাসি ব্রোমাইড	৫ গ্রেণ
টাং বেলেডোনা	৩ মিনিম।
সিরপ টলুটিনা	২০ ঐ
জলে	অর্দ্ধ ঔন্স পূর্ণ করিয়া, মিসাও।

এই সঙ্গে সঙ্গে বক্ষপার্শ্বে টাং আইওডীন, লিনি টেরিবিন্থিনি বা সরিষার পলস্তারা লাগান উচিত।

১১৩ ব্য। ব্রোমাইড বেলেডোনা মিক্শ্চার।

পোটাসি ব্রোমাইড	১০ গ্রেণ
টাং বেলেডোনা	৫ মিনিম
জল	১ ঔন্স, মিশ্রিত কর।

১১৪ ব্য। স্যালাইন মিক্শ্চার।
(১০১ ব্য দেখ)

লাইকর এমোন এসিটেটিস	১ ড্রাম
স্পিরিট ইথার নাইট্রিক	অর্দ্ধ ঐ
সিরপ টলু	অর্দ্ধ ঐ
পোটাসি বাইকার্ব	১০ গ্রেণ
জলে	১ঔন্স পূর্ণ করিয়া, মিসাও।

১১৫ ব্য। পোটাসি আইওডাইড মিক্শ্চার।

পোটাসি আইওডীড	৩ বা ৫ গ্রেণ
টাং কোয়াসিয়া	অর্দ্ধ ড্রাম।
জলে	১ ঔন্স পূর্ণ করিয়া, মিসাও।

১১৬ ব্য। পোটাসি আইওডীড-ব্রোমাইড মিক্শ্চার।

পোটাসি আইওডীড	৩।১০ গ্রেণ
ঐ ব্রোমাইড	৫।১০ গ্রেণ
ঐ বাইকার্ব	৫ গ্রেণ
স্পিরিট এমোন এরোম্যাট	অর্দ্ধ ড্রাম
টাং সিঙ্কোনা কম্	অর্দ্ধ ঐ
পিপামেণ্ট জলে	১ ঔন্স পূর্ণ

করিয়া মিসাও।

১১৭ ব্য। আইওডীড, ব্রোমাইড ও বাইক্লোরাইড মিক্শ্চার।

পোটাসি আইওডীড	১-২ ড্রাম
ঐ ব্রোমাইড	ঐ ঐ
হাইড্রার্জ বাইক্লোরাইড	১-২ গ্রেণ
স্প্রিট এমোন এরোমে	৪-৬ ড্রাম।
পিপামেণ্ট জলে	১২ ঔন্স পূর্ণ

করিয়া মিসাও।
পূর্ণমাত্রা ১২ ভাগের ১ ভাগ।

১১৮ ব্য। আইওডীড ষ্টিলিঙ্গিয়া মিক্শ্চার।

পোটাসি আইওডিড ৫।১০ গ্রেণ
হাইড্রার্জ বাইক্লোরাইড ১/২৪—১/১৬ গ্রেণ
একষ্ট্রাক্ট-ষ্টিলিঙ্গিয়া কংলিকু ১/২ ড্রাম
ঐ সার্সা কং জামেকা ১০।২০ গ্রেণ
স্পিরিট এমোনিয়া এরোমেট ১/২ ড্রাম
কর্পুর জলে ১ ঔন্স পূর্ণ কর।

১১৯ ব্য। পোটাসি আইওডীড বাই-ক্লোরাইড মিক্শ্চার।

পোট আইওডীড ১ ড্রাম
হাইড্রা বাইক্লোর ১ গ্রেণ
স্প্রিট এমন এরোমাট ৬ ড্রাম
সিরপ বোজ ১২ ঐ
ইনুফি সিঙ্কোনা জলে ১২ ঔন্স
পূর্ণ করিয়া মিসাও।
পূর্ণমাত্রা ১২ ভাগের ১ ভাগ।

১২০ ব্য। পোটাসি আইওডীড-আইওডীন মিক্শ্চার।

পোটাস আওডীড ৩০ গ্রেণ
আইওডীন ১ গ্রেণ।
স্প্রিট এমোন এরোম্যাট ২ ড্রাম
টীং সিঙ্কোনা কম্পাউণ্ড ৬ ঐ
জলে ৬ ঔন্স পূর্ণ করিয়া মিসাও।
মাত্রা ৬ ভাগের ১ ভাগ।

১২১ ব্য। পোটাসি আইওডীড বাই-কার্ব মিক্শ্চার।

পোট আইওডীড ৩।৫ গ্রেণ
„ বাইকার্ব ৫ গ্রেণ।
ইনফিউশন ক্যালম্বি ১ ঔন্স অথবা
টীং সিনকোনা-ফ্লেভা ১/২ ড্রাম
১ ঔন্স পরিশ্রুত জলে মিসাও।

১২২ ব্য। সার্সা কম্পাউণ্ড মিক্শ্চার।

পোট আইওডীড ১ ড্রাম।
ঐ ব্রোমাইড ২ ঐ
একষ্ট্রা সার্সা কম্পা জামেকা ২ ঐ
হাইড্রা বিন আইওডীড ১ গ্রেণ।
সিনেমম্ জলে ১২ ঔন্স, মিসাও।
পূর্ণ মাত্রা ১২ ভাগের ১ ভাগ।

১২৩ ব্য। সিরপ ফেরি আইওডীড মিক্শ্চার।

সিরপ ফেরি আইওডীড ২০ মিনিম
ঐ বোজ ৬০ ঐ
গ্লীসারিণ ৬০ ঐ
জলে ১ ঔন্স পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১২৪ ব্য। সিরপ ফেরি হাইপো-ফস্ফেটিস মিক্শ্চার।

সিরপ ফেরি হাইপোফস্ফেট ১৫।৩০ মিনিম মাত্রায়, বা সিরপ ফেরি ফস্ফেটিস কম্পাউণ্ড (প্যারিশেজ) ৩০-৬০ মিনিম মাত্রায়, অর্দ্ধ ঔন্স জলে ভরাপেটে প্রত্যহ দুইবার সেব্য।

১২৫ ব্য। কুইনাইন মিক্শ্চার।

কুইনি সল্ফ্ ৫ গ্রেণ
ফেরি সল্ফ ১/২ ঐ
এসিড সল্ফিউ ডিল ১০ মি
টীং কার্ডেমম কম্পা ৩০ মি
কর্পূর জলে ১ ঔন্স পূর্ণ করিয়া মিশ্রিত কর।

১২৬ ব্য। এসিডি কম টীং নক্স ভমিক মিক্শ্চার।

এসিড্ নাইট্রো-মিউরে ডিল ১০ মি
টীং নিউসিস ভমিসি ১৫ মি
ঐ বেলেডোনা ৫ মি
ঐ চিরতা ১৫ মি
ফেরি এট কুইনি সাইট্রাস ৩ গ্রেণ
পিপারমেণ্ট জলে ১ ঔন্স পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১২৭ ব্য। কুইনি সাইট্রেট, ষ্টিল ও ষ্ট্রীকনিয়া মিক্শ্চার।

ফেরি সাইট্রাস এট্ কুইনি	৫ গ্রেণ
টীং ফেরি পার্ক্লোর	১০ মিনিম
লাইকর ষ্ট্রীকনিয়া	৫ মি
নিবপ রোজ	৩০ ঐ
গ্লীসারীণ	৬০ ঐ
জলে	১ ঔন্স পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১২৮ ব্য। এসিড্ নাইট্রো-মিউরিয়েটিক মিক্শ্চার।

এসিড নাইট্রো-মিউরি ডিল	১৫ মি।
টিং সিনেমম	৩০ মি।
জলে	১ ঔন্স পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১২৯ ব্য। আর্গট মিক্শ্চার।

(১১৫ ব্য দেখ)

একষ্ট্রা আর্গট লিকিউইড	১০-৩০ মি
এসিড গ্যালিক	৩-৫ গ্রেণ
টিং সিনেমম	২০-৩০ মি
মিউসিলেজ	৫ গ্রেণ
জলে	১ ঔন্স পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১৩০ ব্য। টিং ষ্টীল ও কুইনাইন মিক্শ্চার।

টীং ফেরি পার্ক্লোর	১০ মি
কুইনি সল্ফ	১ গ্রেণ
এসিড নাইট্রো-মিউরি ডিল	১০ মি
টীং কার্ডেমম কম্পা	১৫ মি
পিপার্মেণ্ট জলে	১ ঔন্স পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১৩১ ব্য। পোটাসি আইওডীড এমোনি সাইট্রাস মিক্শ্চার।

পোট আইওডীড	৫ গ্রেণ
ঐ ব্রোমাইড অথবা	
ঐ বাইকার্ব	৫ ঐ
ফেরি এট্ এমোনি সাইট্রাস	৫ ঐ
জল	১ ঔন্স, মিশ্রিত কর।

১৩২ ব্য। বোরাসিস মিক্শ্চার।

বোরাসিস	৪ গ্রেণ
স্পিরিট ইথার নাইট্রিক	৩০ মি
জলে	১ আং পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১৩৩ ব্য। সোডি স্যালিসাইন মিক্শ্চার।

সোডি স্যালিসাইন	৮ গ্রেণ
টিং একোনাইট	৩ মি
ঐ কার্ডেমম কম্	২০ মি
সোডি পোটাস টার্ট	১০ গ্রেণ
গোলাপ জলে	১ আং পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১৩৪ ব্য। কুইনাইন ও ট্যারাক্সিকম মিক্শ্চার।

কুইনি সল্ফ	৩ গ্রেণ
এসিড নাইট্রো-মিউরি ডিল	১০ মি
একষ্ট্রা ট্যারাক্সিকম	২০ গ্রেণ
জল	১ আং মিসাও।

১৩৫ ব্য। মেলেরিয়া মিক্শ্চার।

কুইনি সল্ফ	২ গ্রেণ
টিং ক্যানাবিস ইণ্ডিকা	২ মি
লাইকর আর্সেনিকেলিজ	২ মি
এসিড নাইট্রো-মিউরি ডিল	১০ মি
এমোন মিউরিয়েট	৩ গ্রেণ
পোটাস ব্রোমাইড	৩ ঐ
ম্যাগ্নি সল্ফ	৩০ ঐ
জল	১ আং মিসাও।

১৩৬ ব্য। লাইকর হাইড্রার্জ পার্ক্লোরাইড মিক্শ্চার।

লাইকর হাইড্রার্জ পার্ক্লোর	৬০ মি
টিং সিঙ্কোনা কম্পা	৩০ মি
জলে	১ আং পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১৩৭ ব্য। পোটাসি ব্রোমাইড মিক্‌শ্চার।

পোটাসি ব্রোমাইড	৫-১০ গ্রেণ
„ বাইকার্ব	৫ গ্রেণ
টীং ক্যালম্বো	৩০ মি
ঐ সিঙ্কোনা কম	৩০ ঐ
ইন্‌ফিউশন ক্যালম্বো	১ আং

পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১৩৮ ব্য। ষ্টীল ও কুইনি সাইট্রাস মিক্‌শ্চার।

টীং ফেরি মিউরিয়েটিক	১৫ মি
ফেরি এট কুইনি সাইট্রাস	৪ গ্রেণ।
জল	১ আং মিসাও।

১৩৯ ব্য। ডিজিটেলিস মিক্‌শ্চার।

পোটাস বাইটার্ট	৫ গ্রেণ
ফেরি পোটাস টার্ট	৮ ঐ
টীং ডিজিটেলিজ	৮ মি
„ জিঞ্জিবার	১০ মি
পিপার্মেণ্ট জল	১ আং মিসাও।

১৪০ ব্য। ষ্ট্রীকনিয়া ও ষ্টীল মিক্‌শ্চার।

লাইকর ষ্ট্রীকনিয়া	৫ মি
টীং ষ্টীল	১০ মি
„ সিঙ্কোনা কম্	৩০ মি
এসিড সাইট্রিক	৫ গ্রেণ
জলে	১ আং পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১৪১ ব্য। ফেরি এমোনি সাইট্রাস মিক্‌শ্চার।

ফেরি এট এমোনি সাইট্রাস	৫ গ্রেণ
এসিড সাইট্রিক	৫ গ্রেণ
টীং বেলেডোনা	২ মি
সিরপ অরেন্সাই	৩০ মি
জলে	১ আং পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১৪২ ব্য। ষ্ট্রীকনিয়া মিক্‌শ্চার।

ষ্ট্রীকনীন	১/২৪ গ্রেণ
ফেরি সল্‌ফ	৩ গ্রেণ
জল	১ আং মিসাও।

১৪৩ ব্য। ষ্টীল ও আর্গট মিক্‌শ্চার।

টিং ফেরি পার্ক্লোর	১০ মি
„ আর্গটি	১৫ মি
এসিড সলফিউরিক ডিল	৫ মি
এনেসিড জলে	১ আং পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১৪৪ ব্য। ষ্ট্রীকনিয়া ও আর্সেনিক মিক্‌শ্চার।

লাইকর ষ্ট্রীকনিয়া	৫ মি
„ আর্সেনিকেলিজ	৫ মি
এসিড ফস্ফোরিক	৫ মি
টিং অরেন্সাই	৩০ মি
জলে	১ আং পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১৪৫ ব্য। ভাইনম এণ্টিমনি মিক্‌শ্চার।

ভাইনম এণ্টিমনি	১০ মি
লাইকর এমোনি সাইট্রেটীস	৩০ মি
টীং হায়েসায়েমস	১৫ মি
কর্পূর জলে	১ আং পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১৪৬ ব্য। পোটাস ক্লোরেট মিকশ্চার।

এসিড হাইড্রোক্লোরিক ডিল	১০ মি
পোটাস ক্লোরাস	১০ গ্রেণ
জল	১ আং মিসাও।

১৪৭ ব্য। ফিবার মিক্‌শ্চার।

ম্যাগ্‌নি সল্‌ফ	২ ড্রাম।
লাইকর এমন এসিটেট	২ ড্রাম।
স্প্রিট ইথার নাইট্রিক	১০ মি।
পোটাস নাইট্রাস	১০ গ্রেণ।
ভাইনম ইপিকাক	৫ মি
পোট ব্রোমাইড	৫ গ্রেণ।
টীং ডিজিটেলিজ	৫ মি।
কর্পূর জলে	১ আং পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১৪৮ ব্য। পোটাসি আইওডীড লোশন।

পোট আইওডীড ৩ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল ১ ঔন্স, মিসাও।

১৪৯ ব্য। রোজমেরি লোশন।

অলিয়ম র‍্যামিগ ডেলি ডিল ১ ঔন্স
লাইকর র‍্যামোনিয়া ১ ঐ
স্পিরিট রোজমেরিনি ৩ ঔন্স
র‍্যাকোয়া মেলিস ৩ ঔন্স
মিশ্রিত লোশন দিয়া ধৌত কর
টাক ও চুল উঠা ভাল হইবে।

১৫০ ব্য। কুইনাইন ও নাইট্রোমিউবি মিক্‌শ্চার।

কুইনি সল্‌ফ ৩ গ্রেণ
এসিড নাইট্রো-মিউরি ডিল ৫ মি
টিং কার্ডেমম কম্‌ ১৫ মি
পিপমেণ্ট জলে ১ আং পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১৫১ ব্য। কুইনাইন, ষ্টীল ও ডিজিটেলিস মিক্‌শ্চার।

কুইনি সল্‌ফ ১ গ্রেণ
এসিড নাইট্রো-মিউ ডিল ৫ মি
টিং ফেরি পারক্লোর ১০ মি
ঐ ডিজিটেলিজ ১০ মি
জলে ১ আং পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১৫২ ব্য। কুইনাইন ষ্ট্রীকনিয়া ও আয়রণ মিক্‌শ্চার।

কুইনি সল্‌ফ ১ গ্রেণ
টিং ফেরি পার্ক্লোর ১ ঐ
লাইকর ষ্ট্রীকনিয়া ৫ মি
পিপামেণ্ট জলে ১ আং পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১৫৩ ব্য। ক্যালোমেল ও জেলাপা পাউডার।

পল্‌ভ জেলাপা কম্পা ৫ গ্রেণ
ক্যালোমেল ১ গ্রেণ
মাত্রা ৩-৬ গ্রেণ। শয়ন সময়ে সেব্য।

১৫৪ ব্য। মর্ফিয়া পাউডার।

মর্ফিয়া হাইড্রোক্লোর $\frac{1}{8}$ বা $\frac{1}{4}$ গ্রেণ
সোডি বাইকার্ব ৫ গ্রেণ
মিসাও।
শয়ন সময়ে অথবা ৪।৫ ঘণ্টা অন্তর সেব্য।

১৫৫ ব্য। লিনিমেণ্ট এমোনিয়া।

সলিউশন অব এমোনিয়া ২ ঔন্স
অলিভ বা কাজিপটি অয়েল ৩ ঔন্স
মিসাও।

১৫৬ ব্য। লিনিমেণ্ট একোনাইট-বেলেডোনা।

লিনিমেণ্ট একোনাইট ৪ ড্রাম।
ঐ বেলেডোনা ৪ ড্রাম মিসাও।

১৫৭ ব্য। কনিয়াই ও ওপিয়াই লোশন।

একষ্ট্রা কনিয়াই ৪ গ্রেণ।
,, ওপিয়াই ৪ ঐ
জল ১ ঔন্স মিসাও।

১৫৮ ব্য। জিঙ্ক অক্সাইড লোশন।

জিঙ্ক অক্সাইড ১০ গ্রেণ।
গ্লীসারীণ অর্দ্ধ ড্রাম।
গোলাপ জল ২ ঐ
পরিশ্রুত জলে ১ ঔন্স পূর্ণ করিয়া মিসাও।

১৫৯ ব্য। গটা টেরিবিন্থ।

টার্পিন তৈল ৬০ মি।
অলিভ তৈল ৭ ড্রাম, মিসাও।
প্রত্যহ একবার। সহ্য হইলে, টার্পিনের অংশ বৃদ্ধি করা যায়।

১৬০ ব্য। লিনিমেণ্ট একোনিটি।

লিনিমেণ্ট একোনিটি ৪ ড্রাম
ঐ স্যাপোনিজ ৬ ঐ
মিশ্রিত কর।

১৬১ ব্য। এণ্টিমনি মিক্শ্চার।

(১৪৫ ব্য দেখ)

ভাইনম এণ্টিমনি ২ ড্রাম
লাইকর এমোনিয়া ৪ ঐ
সিরপ অল্থি ৩ ঐ
জল দিয়া ৪ ঔন্স মিশাও।
২।৪ বৎসরের বালককে ১ ছোট চামচ।
৫।১০ বৎসরের বালককে ১ বড় চামচ।

১৬২ ব্য। ভন রসব্রেক্স অয়েণ্টমেণ্ট।

মার্করি সব-সলফ্ ৪-৮ গ্রেণ।
স্যাকৃজ্ড দেড় ড্রাম।
বাল্সম পেরু ১০-১৫ মি। মিসাও।

১৬৩ ব্য। কার্ব্বলিক অয়েল।

এসিড কার্বলিক অর্দ্ধ ড্রাম।
অলিভ তৈলে ১ আং করিয়া মিসাও।

১৬৪ ব্য। ওপিয়ম ও বোরাসিক লোশন।

এসিড বোরাসিক ৫ গ্রেণ
ভাইনম ওপিয়াই ৫ মি
পরিস্রুত জল ১ ঔন্স, মিসাও।

১৬৫ ব্য। বেলেডোনার সেঁক।

এক বোতল অত্যুষ্ণ জলে ১ ড্রাম
একৃষ্ট্রাক্ট বেলেডোনা মিসাইয়া সেঁক দিবার নিমিত্ত ব্যবহৃত হয়।

১৬৬ ব্য। অঙ্গু ফ্লেভা কম য়্যাট্রোপিয়া।

(৭৪ ব্য দেখ)

অঙ্গু ফ্লেভা ২ ড্রাম।
য়্যাট্রোপিয়া সল্ফ ১ গ্রেণ।

১০ মিনিম জলে এই য়্যাট্রোপীন মিসাইয়া তাহা ঐ মলমে একত্র মাড়িবে। পশ্চিউলার কনজংটিভাইটিস এবং ব্লেফারাইটিস রোগে বিশেষ উপকারক।

১৬৭ ব্য। গ্রেজ অয়েণ্টমেণ্ট।

হাইড্রার্জ এমোনি ক্লোরাইড ১ স্ক্রুপল।
একষ্ট্রাক্ট বেলেডোনা ২ ড্রাম।
সিম্পল অয়েণ্টমেণ্ট ৩ ঐ
উত্তমরূপে মিসাও।

ভ্রূ ও রগে মাখাইতে হয়। উপদংশ সম্ভূত কেরাটাইটিস রোগে বিশেষ উপকারক।

১৬৮ ব্য। লিনিমেণ্ট একোনিটি কম বেলেডোনা।

টিং একোনিটি (ফ্লেমিংস) ৪ ড্রাম
লিনি বেলেডোনি ১২ ঐ
মিশ্রিত কর।

১৬৯ ব্য। লিংটস।

থেরিএসি ১ ঔন্স
পল্ভ ট্রাগাকান্থি ২৫ গ্রেণ
সিরপ প্যাপাভেরিস ৬ ড্রাম
টিং সিলি ২ ঐ
এসিড সল্ফি ডিল ৩০ মি
জল ২ ঔন্স
মিশ্রিত কর।
মাত্রা অর্দ্ধ হইতে ২ চা-চামচ।

১৭০ ব্য। সল্ফাইড অব ক্যালসিয়ম পাউডার।

ক্যাল্স্ সল্ফিড এক গ্রেণের ১০ ভাগ হইতে ৪ ভাগ পর্য্যন্ত কতিপয় গ্রেণ সুগার অব মিল্কের সঙ্গে সেব্য। বটিকা করিতে হইলে ("টনিক পিল্স") ইচ্ছামত একষ্ট্রাক্ট জেনসিয়াই মিসাইতে হয়। ষ্ট্রমস ও ফ্লিক্টিনিউলার কেরাটাইটিস এবং পষ্টিউলার কঞ্জংটিভাইটিস এবং অাঙ্গুনি রোগে উপকারক ও বলকারক।

১৭১ ব্য। ক্ষীণ য়্যাট্রোপীন ও বোরাসিক লোশন।

য়্যাট্রোপিয়া সল্ফ ১/৪ গ্রেণ
এসিড বোরাসিক ৪ গ্রেণ
পরিস্রুত জল ১ ঔন্স মিশ্রিত কর।

১৭২ ব্য। মার্কারি ও আইডোফর্ম্ম অয়েণ্টমেণ্ট।

(৭৮ ব্য দেখ)

হাইড্রার্জ অক্সাইড ফ্লেভা	৫।৩ গ্রেণ
আইডোফর্ম্ম	৫।৩ গ্রেণ
ভ্যাসালীন	৪ ড্রাম।

মিশ্রিত কর।

ক্লেদযুক্ত গ্রানিউলার লিড্স রোগে পুটপ্রান্তে শয়ন সময়ে লাগাইতে হয়।

১৭৩ ব্য। কোকেন বাইক্লোরাইড লোশন।

কোকেন হাইড্রোক্লোরেট	২০ গ্রেণ
হাইড্রার্জ বাইক্লোরাইড	½ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স

মিশ্রিত কর।

পূর্ব্বোক্ত রোগে ব্যবহার্য্য।

১৭৪ ব্য। সোডিয়ম আইওডাইড মিক্শ্চার।

টিং য়্যাক্টিয়া বেজিমোজা	½ ড্রাম
সোডিয়ম আইওডাইড	৫।১৫ গ্রেণ

জলে ১ ঔন্স করিয়া মিশ্রিত কর।

আইওডাইড অব পোটাসিয়মের পরিবর্ত্তে সোডিয়ম আইওডাইডের ব্যবহার। ইহাতে আইওডাইড অব পোটাসিয়মের ন্যায় পাকস্থলী অধিক উত্তেজিত হয় না এবং তদপেক্ষা অধিক মাত্রায় ব্যবহার হইতে পারে। উপদংশ এবং পুরাতন বাত প্রভৃতি স্থলে তৎপরিবর্ত্তে।

য়্যাক্টিয়া বেজিমোজা ডিজিটেলিজের ন্যায় হৃদপিণ্ডের এবং আর্গটের ন্যায় পেশীর সঙ্কোচ করে। ইহা দ্বারা পাকস্থলীতে অধিক রস নিঃসৃত হয়। পুরুষের রতিশক্তি বৃদ্ধি এবং স্ত্রীলোকের অধিক ঋতু নিঃসৃত হয়। ঋতু-বিশৃঙ্খলা এবং বাত রোগে প্রয়োজ্য।

১৭৫ ব্য। টার্পেণ্টাইন হেমামেলিজ মিক্শ্চার।

স্পিরিট টার্পেণ্টাইন	৫ মিনিম
টিং হেমামেলিজ	১৫ মি
ঐ একোনাইট	২ মি
ভাইনম ইপিক্যাক	৫ মি
মিউসিলেজ একেসিয়া	১ ড্রাম
জলে	১ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

রক্ত বমনাদি স্থলে ২।৩ ঘণ্টা অন্তর সেব্য।

১৭৬ ব্য। স্যালিসিলেট ও কল্চিকম মিক্শ্চার।

পোটাস আইওডীড	৩।৫ গ্রেণ
সোডি স্যালিসিলেট (ন্যাচুরাল)	১০।১৫ গ্রেণ
ভাইনম কল্চিসাই	১০।২০ মিনিম
জলে	১ ঔন্স

মিশ্রিত কর।

এই সঙ্গে প্রয়োজনমতে ২।৩ মিনিম টিং একোনাইট, ১০।১৫ মি টিং হায়োসায়েমস অথবা ৫ মিনিম মাত্রায় টিং ডিজিটেলিস মিশাইতে পারা যায়। রাত্রিকালে শয়ন সময়ে এই ঔষধ সেবন সময়ে প্রত্যহ অর্দ্ধ গ্লাস জলে ২০ গ্রেণ সোডা বাইকার্ব সেবন করিলে আরো উপকার দর্শে।

বাত রোগাবস্থায় ৪৮ ঘণ্টা পর্য্যন্ত ২ ঘণ্টা অন্তর এবং তৎপর দিন হইতে কিঞ্চিৎ বিলম্বে বিলম্বে সেব্য।

১৭৭ ব্য। স্যাণ্টোনীন পাউডার।

স্যাণ্টোনীন	১০ গ্রেণ
সুগার	২০ গ্রেণ

মিশ্রিত কর।

রাত্রিকালে শয়ন সময়ে সেব্য। প্রাতঃকালে সিট্লিজ পাউডারের জোলাপ লইতে হয়। ক্রমাগত দুই দিন এইরূপ করিলে স্ত্রীলোকদিগের অকাল ঋতুলোপ আরোগ্য হয়।

১৭৮ ব্য। সিটলিজ পাউডার।

(বি. পি দেখ)

সোডিও ম্যাগ্নেসি সল্ফাস ইফার্ভেসেন্স প্রাতর্ভোজনের অর্দ্ধ ঘণ্টা পূর্ব্বে জলে গুলিয়া চা-চামচ বা তদধিক পরিমাণে সেবনে হনি এডি জেনসের ন্যায় কার্য্যকর হয়।

১৭৯ ব্য। ব্ল্যাক ড্রট।

ম্যাগ্নি সল্ফ	১½ ড্রাম
টিং সিনা	½ ঐ
টিং কার্ডেমম কম্	২০ মি
স্পিরিট ক্লোরোফর্ম্ম	২০ মি
ইনফিউ সিনা	১½ ঔন্স

দিয়া পূর্ণ কর।

১৮০ ব্য। টনিক সিরপ।

সিরপ ফেরি হাইপোফস্ফাইড (ফেলোজ সিরপ)	৪ ঔন্স
সিরপ ফেরি ফস্ফেটিস কম্পা (প্যারিশেজ কেমিকাল ফুড)	৪ ঔন্স।

মিসাইয়া চা-চামচ পরিমাণে প্রত্যহ আহারান্তেই জলে মিসাইয়া সেব্য।

১৮১ ব্য। ডিনার পিল্স।

কুইনি সল্ফ	১ গ্রেণ
পডোফিলিন	⅙ ঐ
সুগার অব মিল্ক	⅙ ঐ
একষ্ট্রা বেলেডোনা	¼ ঐ
ঐ সকোট্রি এলোজ	১ গ্রেণ

মিশ্রিত করিয়া একটি বটিকা কর। প্রত্যহ ভোজনান্তে সেব্য।

১৮২ ব্য। আইরিডীন পিল্স।

আইরিডীন	২ গ্রেণ
এক্‌ষ্ট্রাক্ট হেনবেন	সম্ভবমত

মিশ্রিত করিয়া একটী বটিকা কর। শয়ন সময়ে প্রত্যহ ২টী করিয়া সেবন করিলে, প্রাতে ২।৩ বার জলীয় দাস্ত হইয়া থাকে।

এই সঙ্গে ২।৩ গ্রেণ ইউনিমীন মিসাইলে আরো ভাল হয়।

১৮৩ ব্য। সিরপ কোডীন।

কোডীন	১ গ্রেণ
এসিড ফস্ফ ডিল	২ মি
পরিশ্রুত জল	৮ মি
সিরপ	১ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

ভয়ানক কাশিতে চা-চামচ লইয়া জলের সহিত সেব্য।

১৮৪ ব্য। কুইনাইন মিক্শ্চার।

কুইনি সল্ফ	১ গ্রেণ
এসিড সল্ফিউ ডিল	১০ মি
টিং অরেন্সাই	½ ড্রাম
জলে	১ ঔন্স পূর্ণ কর।

১৮৫ ব্য। সিঙ্কোনা মিক্শ্চার।

সিঙ্কোনি সল্ফেটিস	৩ গ্রেণ
এসিড সল্ফিউ ডিল	১০ মি
জলে	১ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

১৮৬ ব্য। ক্লোরফর্ম্ম এমোনিয়া মিক্শ্চার।

এমন কার্ব	৩ গ্রেণ
স্পিরিট ক্লোরফর্ম্ম	১৫ মি
টিং অরেন্সাই	½ ড্রাম
জল	১½ ঔন্স

মিশ্রিত কর।

১৮৭ ব্য। সোডি বাইকার্ব লোশন।

(১৮ ব্য দেখ)

সোডি বাইকার্বনেটিস	১০ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স

মিশ্রিত কর।

ব্লেফারাইটিস রোগে এবং কোন প্রকার এসিড দ্বারা দগ্ধ স্থানে লোশন স্বরূপে ব্যবহার।

১৮৮ ব্য। হাইওসীন ড্রপ্স।

হাইওসিনি হাইড্রো-ব্রোমেটিস	১/৫ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

হোম্যাট্রোপীন ও য়্যাট্রোপীনের মধ্যবর্ত্তী প্রসারক ঔষধ। ডিউবয়েসীনের ন্যায় ব্যবহার।

১৮৯ ব্য। ফ্লোরিসীন ড্রপ্স।

ফ্লুরিসিন	৮ গ্রেণ
লিকরিস পোটাসি	১৩০ মিনিম
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

কর্ণিয়া ঘর্ষিত হইয়াছে কি না, অথবা ঐ ঘর্ষণ বা ক্ষত আরোগ্য হইয়াছে কি না, তাহা নির্ণয় করিতে ব্যবহার। কর্ণিয়ার ক্ষত বা ঘৃষ্ট স্থান এতৎস্পর্শে সবুজ বর্ণ হইয়া পড়ে।

১৯০ ব্য। ওপিয়ম কুইনাইন পিল্স।

কুইনি সল্ফ	১ গ্রেণ
পল্ভ ওপিয়াই	¼ গ্রেণ।

মিশ্রিত করিয়া বটিকা কর।

১৯১ ব্য। বেলেডোনা-গ্লীসারীণ।

(৮৪ ব্য দেখ)

একষ্ট্রাক্ট বেলেডোনা	৪ ড্রাম
গ্লীসারীণ	৪ ড্রাম

মিশ্রিত কর।

কেহ কেহ ইহার সহিত য়্যাট্রোপিয়া, একষ্ট্রাক্ট ক্যানাব ইণ্ডিকা, একষ্ট্রাক্ট ওপিয়াই প্রভৃতি মিশাইয়া ব্যবহার করেন।

১৯২ ব্য। ক্রোটন-ক্লোরাল মিক্শ্চার।

ক্রোটন-ক্লোরাল	৩২ গ্রেণ
টিং অরেন্সাই	½ ড্রাম
পল্ভ গম ট্রাগাকান্থা	৩ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	১ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

উপশম পর্য্যন্ত প্রতি ঘণ্টায় অথবা ২ ঘণ্টা অন্তর এই মাত্রায় ৩ বার মাত্র সেব্য।

(খ) ক্রোটন ক্লোরাল পিল্স।

ক্রোটন-ক্লোরাল হাইড্রেট	৩ গ্রেণ
গ্লীসারীনি ট্রাগাকান্থ, ভেল মিউসিলেজ একেসিয়া	যথেচ্ছা

মিশ্রিত করিয়া একটী বটিকা কর।

উপশম পর্য্যন্ত ১।২।৩ ঘণ্টা অন্তর দিবসে ৩বার মাত্র সেব্য।

১৯৩ ব্য। ফেরি ব্রোমাইড মিক্শ্চার।

পোটাস ব্রোমাইড	৫।১০ গ্রেণ
ফেরি এট এমোনি সাইট্রেটিস	৫ গ্রেণ
টিং ক্যালম্বা	½ ড্রাম
পরিশ্রুত জলে	১ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

১৯৪ ব্য। হেজেলীন হ্যামামেলিস মিক্শ্চার।

একষ্ট্রাক্ট হ্যামামেলিজ লিকুইড	১০ মি
হেজেলীন	১।৩ ড্রাম
গ্লীসারীণ	১।২ ড্রাম
জলে	১ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

অর্শ ও রক্তবমন রোগে রক্ত বন্ধ না হওয়া পর্য্যন্ত প্রতি ঘণ্টায় সেব্য। তৎপরে কিয়দ্দিবস প্রত্যহ ৩ বার মাত্র।

১৯৫ ব্য। আর্গট মিক্শ্চার।

(১২৯ ব্য দেখ)

একষ্ট্রাক্ট আর্গট লিকুইড	৩০ মিনিম
টিং অরেন্সাই	৩০ মিনিম
পরিশ্রুত জলে	১ ঔন্স পূর্ণ কর।

প্রাতঃসন্ধ্যা এই মাত্রায় সেব্য।

১৯৬ ব্য। আয়রণ য়্যালম মিক্শ্চার।

ফেরি পারক্সিড এট এমন সল্ফ (আয়রণ য়্যালম)	৫ গ্রেণ
টিং ক্যালম্বি	৩০ মি
পরিশ্রুত জলে	১½ ঔন্স

পূর্ণ করিয়া মিশ্রিত কর।

১৯৭ ব্য। মিক্সট ফেরি কম্পাউণ্ড।

(গ্রিফিথের মিক্শ্চার)।

ফেরি সল্ ফ	২৫ গ্রেণ
পোটাস কার্ব'	৩০ ঐ
মার	৬০ ঐ
সুগার	৬০ ঐ
স্পিরিট নটমেগ	৪ ড্রাম
গোলাপ জল	১½ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

মাত্রা ১০ ভাগের ১ ভাগ।

১৯৮ ব্য। এসিড সাইট্রিক মিক্শ্চার।

এসিড সাইট্রিক	১০ গ্রেণ
,, হাইড্রোসায়েনিক ডিল	২ মি
সিরপ লেমন	১ ড্রাম
টিং অরেন্সাই	১৫ মি
জলে	৪ ড্রাম পূর্ণ করিয়া

মিশ্রিত কর।

এইরূপ ৮ মাত্রা প্রত্যেক মাত্রা প্রতি ঘণ্টায় নিম্ন লিখিত পুরিয়ার সঙ্গে সেব্য।

পোট বাইকার্ব'	১২ গ্রেণ
বিসমথ নাইট্রাস	৪ গ্রেণ

মিশ্রিত কর।

এইরূপ ৮টী পুরিয়া প্রস্তুত কর।

১৯৯ ব্য। সোডা কার্বলিক মিক্শ্চার।

এসিড কার্বলিক	২ মি
সোডি কার্ব'	৫ গ্রেণ
স্পিরিট এমোন এরোম্যাট	১৫ মি
জল	১ ঔন্স।

মিশ্রিত কর।

চা-সেবন জনিত বদহজমী (indigestion) এবং অম্ল (dyspepsia) অর্থাৎ যথায় মুখ দিয়া অনবরত অম্ল উঠে, অম্ল ঢেকুর উঠে, আহারান্তে পেটে বেদনা, জলপান করিয়া অসুখ প্রভৃতি রোগে বিশেষ উপকারক। আহারান্তে পেটে অত্যন্ত বেদনা ধরিলে, উহার সহিত ৫।৬ মিনিম মাত্রায় লাইকর ওপিয়াই সিডেটিভ মিসাইবে। অক্ষুধায় ৫।১০ মিনিম মাত্রায় টিং নক্স ভমিকা মিসাইবে।

২০০ ব্য। পিল ক্যানাবিস কম্প।

এক্সট্রাক্ট ক্যানাবিস ইণ্ডিকা	½ গ্রেণ
ঐ বেলেডোনা	¼ গ্রেণ
পল্ ভ গ্লীসারিজি	২ গ্রেণ

মিশ্রিত কর।

রাত্রিকালে অথবা অত্যন্ত বেদনার সময় একটী মাত্র বটিকা সেব্য।

২০১ ব্য। লোশিও রিসর্শিনি।

রিসর্শিনি	৩৬ গ্রেণ
পরিশ্রুত জল	৮ ঔন্স

মিশ্রিত কর।

ফোলিকিউলার গ্রানিউলার লিড্স রোগে বোরাসিক বা বাইক্লোরাইড লোশনের পরিবর্তে ব্যবহার।

২০২ ব্য। লোশিও নাইগ্রা।

ক্যালোমিলানস	৬০ গ্রেণ
মিউসিলেজ একেসিয়া	৪ ড্রাম (ফ্লু)
লাইকর ক্যাল্সিস	৮ ঔন্স পূর্ণ করিয়া

মিশ্রিত কর।

২০৩ ব্য। মর্ফিয়ার পিচকারী।

এক গ্রেণ এসিটেট অব মর্ফিয়া ১২ মিনিম জলে গুলিয়া তাহার ১ হইতে ৬ মিনিম ত্বঙ্মধ্যে পিচকারী দেওয়া যায়। এইজন্য মর্ফিয়া প্রভৃতির চাকতিও আছে।

২০৪ ব্য। মর্ফিয়া-য়্যাট্রোপীনের পিচকারী।

য়্যাট্রোপিয়া সল্ ফ	১ গ্রেণ
ইনজে মর্ফিয়া হাইপোডার্মিকা (বি. পি.)	৬ ড্রাম

মিশ্রিত কর।

মাত্রা ১ হইতে ৪ মিনিম।

৩ মিনিমে ¼ গ্রেণ এসিটেট অব মর্ফিয়া এবং ১/১৬০ গ্রেণ সলফ য়্যাট্রোপিয়া থাকে।

২০৫ ব্য। আইওডীড ভিরাইড পিল্‌স।

হাইড্রার্জ আইওডিড ভিরিড ২।১ গ্রেণ
এক্‌ষ্ট্রাক্ট ল্যাক্‌টিউস ২ গ্রেণ
মিশ্রিত কর।

২০৬ ব্য। পর্দ্দা। (Shade)

প্রস্থে ৪ অঙ্গুল দীর্ঘে ১০ অঙ্গুল পরিমিত এক খানি নরম পেষবোর্ড কাগজ, সবুজ রঙ্গের কাপড় দিয়া ঢাকিয়া, ও তাহার দুই দিকে ফিতা বাঁধিয়া, চক্ষুতে আলোক প্রবেশ করিতে না পারে এরূপভাবে পর্দ্দা প্রস্তুত হয়। পর্দ্দার নীচের দিক অর্দ্ধচন্দ্রাকার করিতেও পারা যায়।

২০৭ ব্য। প্যাড। (Pad)

প্যাড প্রস্তুত করিতে হইলে, পাতলা মলমল অথবা পুরাতন কাপড় হইতে অক্ষিকোটরের আয়তন অপেক্ষা কিঞ্চিৎ বৃহৎ গোল অথবা অণ্ডের আকারে একখানি টুকরা কাটিতে হয়, এবং তদুপরি শোষক তুলা বা পরিষ্কার ধোনা তুলা গদির ন্যায় পুরু ও সমভাবে জ্ঞর ঔন্নত্য বুঝিয়া বিছাইতে হয়।

২০৮ ব্য। ব্যাণ্ডেজ বন্ধন।

চক্ষুকে কেবল আবদ্ধ রাখিবার নিমিত্ত, প্রস্থে ৩ অঙ্গুল ও দীর্ঘে দেড় হাত একটুকু ফালি ব্যবহার হয়। পীড়িত চক্ষু আবদ্ধ রাখিয়া, তদ্দিকস্থ কর্ণের অধোদিয়া ফের দিয়া মস্তকের পশ্চাতে ও উর্দ্ধদিকে এই ব্যাণ্ডেজ প্রয়োজনমতে শিথিল ভাবে অথবা আটিয়া ফাঁস দিয়া বাঁধিতে হয়।

ক্যাটারাক্ট প্রভৃতি অস্ত্রসাধনের পর ৪।৫ হাত লম্বা ও একটুকু অধিক প্রশস্ত ফালি ব্যবহার হয়। প্রথমে শস্ত্রাহত চক্ষু আবৃত করিয়া ক্রমে উভয় কর্ণের নীচে ও উপর দিয়া মস্তকে ফের দিয়া শস্ত্রাহত চক্ষুর বিপরীত দিকস্থ কর্ণের পশ্চাতে ফালির দুই প্রান্তে গ্রন্থি অথবা আলপিন দিয়া দুই চক্ষু আবদ্ধ রাখিতে হয়। এইরূপে একটী চক্ষুকেও প্রয়োজনানুরূপ আটিয়া (কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ) বন্ধন করা যায়। ব্যাণ্ডেজ বন্ধনের পূর্ব্বে চক্ষু মুদিত করিয়া তদুপরি ২।১ খানি প্যাড ন্যস্ত রাখিতে হয়। মুরফিল্‌ড হাঁসপাতালের ও লিব্রিচের ব্যাণ্ডেজ অন্যবিধ।

২০৯ ব্য। পেন ও ড্রপার।

চক্ষুতে কোন লোশন ফোটা ফোটা দিতে হইলে, রবরাবৃত-মুখ কাচের ড্রপার বিশেষ উপযোগী। তদভাবে পেন কলম ব্যবহার হয়। একটী নূতন কুইল পেনকে কলম কাটিবার ন্যাপ ডোঙ্গার মত কাটিয়া ও অগ্রভাগকে সবল ভাবে কাটিয়া, গোড়ার দিকে মটরের আয়তনে একটী ছিদ্র করিতে হয়। একটী পেন দিয়া বহুবিধ ঔষধ প্রয়োগ করা অথবা পালক বা ন্যাকড়া ব্যবহার করা উচিত নহে।

পরিশিষ্ট (SYNOPSIS)।

সাধারণ দাতব্য চিকিৎসালয়ের চিকিৎসক ও সর্ব্বসাধারণের পাঠোপযোগী সংক্ষিপ্ত চক্ষু-চিকিৎসা। *

পৃষ্ঠা Page	রোগ Disease	লক্ষণ Symptoms	চিকিৎসা Treatment	পরিণাম Prognosis
৪১	কঞ্জংটিভাইটিস্	চক্ষুর করকরানি, জলপড়া, আলোকাভিমুখে দৃষ্টিক্ষেপে কষ্ট, পাতা ভারি হয়, কিঞ্চিৎ ফুলে ও চুলকায়। পাতার ভিতর দিক লাল ও খসখসে হয়। শ্বেতক্ষেত্রে অনেক শিরা পৃথক পৃথক লাল হয়। বেদনা ও দৃষ্টির ব্যাঘাত হয় না।	য়্যালম্ ও জিঙ্ক লোশন, কষ্টিক লোশন, ইভাপোরেটিং লোশন, শারীরিক চিকিৎসা, শীতল জলের পটি। চক্ষু পরিষ্কার রাখা, উষ্ণ দুগ্ধ ও জলের ভাবরা ও সেঁক। বিশ্রাম, চসমা ব্যবহার এবং উৎপাদক কারণ দূর করা।	৫।৭ দিনে আরাম ক্রণিক।
৪৪	মিউকো-পিউরিলেণ্ট ঐ	সংক্রামক। দুই চক্ষুতেই পীড়া। শ্বেত ক্ষেত্র ভয়ানক লাল হয় ও ফুলিয়া উঠে। বালুকা পড়ার ন্যায় করকরানি, জলপড়া, পিচুটি পড়া, পিচুটিতে পাতা জুড়িয়া যাওয়া, পিচুটি ধুইলে দৃষ্টি পরিষ্কার হওয়া, পাতা চুলকান, ভারি ও ফুলিয়া উঠা। পাতার ভিতর দিক অধিক লাল হয়। চক্ষু টিপিলে যন্ত্রণা বা দৃষ্টির ব্যাঘাত ঘটে না।	বাইক্লোরাইড লোশন, কষ্টিক্ লোশন, ক্ষীণ সিট্রিন্ মলম, মধুর কাজল। চক্ষু ধৌত করা, সেঁক ও ভাবরা দেওয়া, বিশ্রাম। সংক্রামিত হইতে না দেওয়া।	২।৩ সপ্তাহে আরাম। ক্রণিকরোগ কর্ণিয়ায় ক্ষত।
৪৮	ক্রণিক কঞ্জংটিভাইটিস	চক্ষুর কোণ ও পাতা চুলকায় ও লাল হয়, জল পড়ে, চক্ষু ঈষৎ রক্তিম ও উত্তেজিত থাকে। আলোক বিরক্তিকর, লিখন পঠনে ক্লান্তি।	জিঙ্ক ক্লোরাইড, ট্যানিন্, এসিড বোরাসিক ও কপার লোশন; শারীরিক চিকিৎসা। ক্ষীণ সিট্রিন্ অয়েণ্টমেণ্ট।	আরাম গ্রানিউলার কং

৪। পিউরিউলেন্ট কঞ্জংটি-ভাইটিস।	অতি সংক্রামক। ক্যাটার্‌বাল রোগের প্রবল লক্ষণ। পাতা অত্যন্ত ফুলিয়া উঠে, লাল ও গরম হয় এবং টিপিলে টোল খায়। জল ও ঘন পিচুটি পড়ে। পাতা বুঁজিয়া থাকে। চক্ষু জবা ফুলের ন্যায় লাল হয়। যন্ত্রণা, আলোকে ভয়, নিদ্রার ব্যাঘাত এবং সত্ত্বরাবস্থা এবং শেষাবস্থায় কখন কখন কর্ণিয়া ঘোলা ও ক্ষতযুক্ত হয়।	কষ্টিক্ লোশন, কষ্টিক প্রক্ষেপন, বাইক্লোরাইড ও কার্বলিক লোশন দিয়া সর্ব্বদা চক্ষু পরিষ্করণ, সেঁক, ক্ষীণ সিট্রিন অয়েণ্টমেণ্ট, অল্প উষ্ণদুগ্ধের পিচকারি। অ্যাট্রোপীন ও কোকেন ও বোরাসিক লোশন, অঙ্গু আইডোফর্ম, বেলেডোনার জলপটি ও সেঁক, আফিঙ্গ ভক্ষণ, ফুলি চিরিয়া দেওয়া, শীতলজলের পটি। শারীরিক চিকিৎসা। বিশ্রাম ও অন্ধকার গৃহে বাস। সংক্রামিত হইতে না দেওয়া।	২০।২৫ দিনে আরাম। কর্ণিয়ার ক্ষত চক্ষু ও দৃষ্টিনাশ।
৫। গণোরিয়াল ঐ	মেহবীর্য্যস্পর্শজ। অতিসংক্রামক। প্রবল পিউরিউলেন্ট কঞ্জংটিভাইটিসের সমস্ত লক্ষণ।	পিউরিউলেন্ট রোগের সমস্ত চিকিৎসা। শারীরিক চিকিৎসা।	ঐ আরাম চক্ষু ও দৃষ্টি নাশ।
৬। শিশুদিগের ঐ	ভূমিষ্ঠ হইবার পর ৮।৯ দিবসের মধ্যেই ক্রমে মিউকো-পিউরিউলেন্ট ও পিউরিউলেন্ট-কন্‌জংটিভাইটিসের সমস্ত লক্ষণ। অতি সংক্রামক।	পিউরিউলেন্ট রোগের চিকিৎসা। চক্ষু সতত পরিষ্করণ, অ্যাট্রোপীন প্রয়োগ। শারীরিক চিকিৎসা।	ঐ আরাম চক্ষুধ্বংস।
৬। ডিফ্‌থেরিটিক ঐ	পাতা ভয়ানক স্ফীত, গরম, পাটল বর্ণ, অঙ্গুলি স্পর্শ অসহ্য, টিপিলে কঠিন অর্থাৎ টোল খায় না। স্বল্প জ্বর, মস্তক পর্য্যন্ত চক্ষুতে নিদারুণ যাতনা। চক্ষু লাল ও চিত্র-বিচিত্রিত। কমানির ন্যায় পাতলা জল ও পূঁজ পড়া, খণ্ড২ সূত্র২ পূঁজ পড়া; ক্রমে পিউরিউলেন্ট রোগের লক্ষণ। কর্ণিয়া পচিয়া যায়। অতি সংক্রামক।	অ্যাট্রোপীন ও কুইনাইন লোশন; শীতল জলের পটি প্রয়োগ, আফিঙ্গ ও ক্যালোমেল সেবন। শারীরিক চিকিৎসা। পিউরিউলেন্ট অবস্থার চিকিৎসা। বরফ জলের পটি।	চক্ষুর্নাশক রোগ কৃচ্ছ্রসাধ্য।

* যে কোন ব্যক্তি রোগীর চক্ষু দেখিয়া ও তদীয় রোগ বিবরণ শুনিয়া এই লক্ষণ স্তম্ভ পাঠ করত রোগ নির্ণয় করিতে পারিবেন। ঐ সকল রোগের চিকিৎসা ও পরিণামও লেখা হইয়াছে। কিন্তু চিকিৎসা কালীন একবার মূলগ্রন্থ পাঠ করিয়া চিকিৎসা করিবেন এবং ব্যবস্থা পত্র অনুযায়ী ঔষধ ব্যবহার করিবেন।

পৃষ্ঠা	রোগ		লক্ষণ	চিকিৎসা	পরিণাম।
৬৭	গ্র্যানিউলার	ঐ	পাতার ভিতর দিকে লাল হয় ও তথায় মধ্যে মধ্যে সাগুদানার মত অনেক দানার উচ্চ স্থান দেখা যায়। কর কর করা, জল-পড়া, পিচুটি পড়া, আলোক অসহ্যবোধ, চক্ষু খুলিতে ভয়, পিচুটিতে পাতা অল্প জুড়িয়া যায়, কেরাটাইটিস ও প্যানস রোগের লক্ষণ। সংক্রামক। উভয় চক্ষুতে পীড়া।	সলফেট অব কপার স্পর্শন, ট্যানিন, কুইনাইন, ক্যালোমেল ও এসিটেট অব লেড, ট্যানিন-গ্লীসারীণ ও ট্যানিন-বোরাক্স, বরোগ্লী-সারীন, সেঁক, জিঙ্ক ক্লোরাইড, বোরাসিক, বাইক্লোরাইড, কষ্টিক লোশন ও টিং আইওডীন প্রলেপন, ক্ষীণ ইয়েলো-মার্কিরি অয়েণ্টমেণ্ট এবং শীতল জলের পটি। শারীরিক চিকিৎসাদি।	বহুদিবসে আরাম দৃষ্টিনাশ কৃচ্ছ্রসাধ্য।
৮০	টিউবার্কিউলার	ঐ	গ্রানিউলার রোগের লক্ষণ, কঞ্জংটাইভায় ক্ষত। এক চক্ষুতে পীড়া। কর্ণিয়ায় প্যানস।	শারীরিক চিকিৎসা। স্বাস্থ্যোন্নতি; কঞ্জং-টাইভা চাঁচিয়া লওয়া জিঙ্ক ক্লোরাইড লোশন, ট্যানিন-আইডোফর্ম চূর্ণ, বাইক্লোরাইড লোশন, কচেজ লিক্ষ পিচকারী।	বহুদিবসে আরাম কৃচ্ছ্রসাধ্য।
৮১	পশ্চিউলার	ঐ	নাসিকা অথবা কর্ণের দিকে কর্ণিয়ার কোন পার্শ্বে শাদা ক্ষেত্রের উপর ২।১টী অল্প হরিদ্রা বা শ্বেতবর্ণ ব্রণ, তাহার নিকটবর্ত্তী কিয়দ্দূর লাল শিরা দ্বারা আচ্ছন্ন। সামান্য করকর করে ও পাতা জুড়িয়া যায়। বেদনা ও আলোকেভয় থাকে না।	প্রত্যহ ১ বার ক্যালোমেল, ইয়েলো ও প্রেজ অয়েণ্টমেণ্ট প্রক্ষেপ, যালম, জিঙ্ক, এসারীণ, বোরাসিক লোশন, সলফাইড অব ক্যালসিয়ম পাউডার বা পিল্স, শারীরিক চিকিৎসা।	৫।৭ দিনে স্বতঃ আরাম পুনঃ২ ঘটে।
৮৩	ফ্লিক্টিনিউলার	ঐ	পশ্চিউলার রোগের ন্যায় বহুসংখ্যক ক্ষুদ্র ডি ও তন্নিকটস্থ স্থান লাল। চক্ষুতে গরম বোধ, জল পড়া, যাতনা আলোকে ভয়।	য়্যাট্রোপীন, কষ্টিক, বোরাসিক ও লেড লোশন ক্যালোমেল ও ইয়েলো অয়েণ্টমেণ্ট প্রক্ষেপ, বিশ্রাম, ব্যাণ্ডেজ বন্ধন, অন্ধকারে বাস, অল্প গরম বাইক্লোরাইড লোশনে চক্ষু ধৌত করা, ক্ষীণ সিট্রিন অয়েণ্টমেণ্ট; শারীরিক চিকিৎসা; ব্লিষ্টার। সলফাইট অব ক্যালসিয়ম পাউডার।	আরাম ঐ পুনঃ২ রোগ ও উপসর্গ।

৮৬	একজ্যাস্থিমেটস্	ঐ	হাম প্রভৃতি রোগের পর, ক্যাটারাল ও ফ্লিক্টিনিউলার রোগের লক্ষণ।	হাম ও অন্যান্য শারীরিক চিকিৎসা। ক্যাটারাল ও ফ্লিক্টিনিউলার রোগের চিকিৎসা। পরিষ্কার বাস, বিশ্রাম, য়্যালম ও জিঙ্ক, লেড্ কষ্টিক, য়্যাট্রোপীন ও কোকেন লোশন। বেলেডোনা ও ব্যাণ্ডেজ বন্ধন।	আরাম উপসর্গ
৮৭	বসন্ত রোগজ	ঐ	একজ্যাস্থিমেটস রোগ দেখ।	গ্লীসারীণ, অলিভ অয়েল, কোল্ড ক্রীম, জোঁক, ব্লিষ্টার, য়্যাট্রোপীন। বাইক্লোরাইড, বোরাসিক লোশন।	আরাম কর্ণিয়া ক্ষত চক্ষুও দৃষ্টিনাশ।
৮৮	জ্বারপথ্যাল্মিয়া		শাদা ক্ষেত খসখসে ও খড়ি উঠা, চক্ষু গরম ও নীরস, দৃষ্টির ব্যাঘাত হয না। রাতকাণা।	সচরাচর ঘটে না, কাচা দুগ্ধ ক্যাষ্টর অয়েল, গ্লীসারীণ।	অনপকারক।
৮৯	ল্যাক্রিমাল কঞ্জংটী-ভাইটিস		ক্রণিক কঞ্জংটিভাইটিস ও ব্লেফেরাইটিসের লক্ষণ।	লেপিস ডেভিনস, মার্করি-ইয়েলো অয়েণ্ট-মেণ্ট।	আরাম
৮৯	স্প্রিং ক্যাটার		টেরিজিয়ম দেখ।	গ্যালভানো কটারি।	আরাম; কৃচ্ছ্রসাধ্য
৯০	টেরিজিয়ম		চক্ষুর কোণে, নাক বা কাণের দিকে, কাল ক্ষেত্র স্পর্শ করিয়া শাদা ক্ষেত্রের উপর লালবর্ণ ত্রিকোণ মাংস বৃদ্ধি।	সলফেট অব কপার স্পর্শন, ক্যালোমেল প্রক্ষেপ. আইওডীন ভাইনম ওপিয়াই, এলম জিঙ্ক লোশন। বৃহৎ ও অসুবিধাজনক স্থলে, অস্ত্রসাধন ও পরে শীতল জলের পট্টি।	আরাম; দৃষ্টির ব্যাঘাত
৯৪	কুটা প্রভৃতি পড়া।		পাতা পিট্ পিট্ করা, জলপড়া, চক্ষু করকর করা, লাল হওয়া। কষ্ট ও যাতনা।	পতিত পদার্থ বাহির করা, অল্প উষ্ণজলে ধৌত করা, শীতল জলের পটি, ক্যাষ্টর ও অলিভ অয়েল প্রয়োগ। সোঁযাপোকায—কোকেন বেলেডোনা, ওপিয়ম, গ্লিসারীণ, য্যাটে্রাপীন লোশন, সেঁক। চূণ পড়িলে। = অল্প উষ্ণ জলের পিচকারী দিয়া চূর্ণ পরিষ্কার করা গ্লীসারীন, য়্যাট্রোপীন, সেক, মর্ফিয়ার পিচকারি, এসিটিক	আরাম; বিপদ সম্ভাবনা

পৃষ্ঠা	রোগ	লক্ষণ	চিকিৎসা	পরিণাম
			এসিড লোশন; কোকেন ও আইডোফর্ম। সলফিউরিক এসিডে—কার্বনেট অব সোডা লোশন। দগ্ধ হইলে—গ্লীসারীণ।	
৯৭	আঘাত	কঞ্জংটাইভা ছিন্ন ও তথায় কালশিরে পড়ে। বেদনা ও দৃষ্টি দোষ হয় না।	ব্যাণ্ডেজ, শীতল ও বরফ জল, কোকেন, লেড ও আর্নিকা লোশন, য়্যালম ও জিঙ্ক লোশন।	আরাম
৯৭	ইকাইমোসিস	রক্ত জমিয়া শ্বেতক্ষেত্রের কোন স্থানে কালশিরে পড়ে, অন্য কোন অসুবিধা নাই।	শারীরিক চিকিৎসা; লেড, আর্নিকা ও হাইড্রোশায়েনিক লোশন, বরফ ও শীতল জল।	আরাম
৯৮	কিমোসিস	কনজংটাইভা অত্যন্ত ফুলিয়া লাল হয়; কালক্ষেত্র যেন টোল খেয়ে নীচে বসিয়া যায়, চক্ষু জলে ডব ডব করে। অন্য রোগ না থাকিলে যন্ত্রণা বা বেদনা থাকে না।	ব্যাণ্ডেজ বন্ধন, য়্যালমও জিঙ্ক এবং কষ্টিক লোশন; স্ফীতি চিরিয়া দেওয়া, শারীরিক চিকিৎসা।	আরাম বিপদ সম্ভাবনা
৯৯	ইম্ফিসিমা	কঞ্জংটাইভার বায়ুস্ফীতি; তৎস্থান টিপিলে লাল হয়।	ব্যাণ্ডেজ বন্ধন ও বিদারণ।	আরাম
৯৯	ক্যারঙ্কিউলা ল্যাক্রিমেলিস	নাসিকা দিকের কোণে একটী মটরের ন্যায় মাংস বৃদ্ধি ও তাহাতে ২।৪টী লোম।	টিং ওপিয়ম ও কপার স্পর্শন। ছেদনকরা বৈধ নহে।	ঐ
১০০	টিউমার।	মূল গ্রন্থ দেখ। ভিন্ন ভিন্ন টিউমার।	ছেদন করাই বৈধ।	ঐ
১০৪	প্যানস্	কর্ণিয়া বা বাহ্যতঃ কালক্ষেত্র রক্তশিরা দ্বারা আবৃত ও ঘোলা হয়, শ্বেতক্ষেত্র লাল, আলোকে ভয়, জল পড়া, এবং অস্পষ্ট দৃষ্টি।	ট্যানিক ও আইডোফর্ম প্রক্ষেপ, ট্যানিন গ্লীসারীণ, গ্যালভানো-কটারি। কারণ দূর করা, গ্রানিউলার রোগ দেখ। পেরিটমী অস্ত্রসাধন, কচেজ লিম্ফ, ইনফিউশন আবরি।	আরাম; দৃষ্টিহ্রাস না
১০৭	কেরাটাইটিস।	কর্ণিয়ার চতুষ্পার্শ্ববর্ত্তী শ্বেতক্ষেত্র গোলাপীবর্ণ হয়। দূরবর্ত্তী শ্বেতক্ষেত্র স্বাভাবিক শাদা	য়্যাট্রোপীন কোকেন ও বোরাসিক লোশন; বেলেডোনা প্রলেপন; ব্যাণ্ডেজ বন্ধন। সেঁক।	ঐ ঐ

			থাকে। কর্ণিয়া ঘোলা হয়। আলোকে ভয়, জলপড়া, বেদনা, ও অস্পষ্ট দৃষ্টি। ক্ষত ও রোগের অন্যান্য জটিলতা।	রগে ব্লিষ্টার। আফিঙ্গ ও মর্ফিয়া সেবন। শারীরিক চিকিৎসা।	
[illegible]	উপদংশজ	ঐ	সম্মুখ দন্তে ও নাসিকা প্রভৃতি স্থানে পিতা-মাতার উপদংশ রোগের উত্তরাধিকারিতার চিহ্ন। কর্ণিয়া স্থানে স্থানে ঘোলা ও শাদা হয়; শ্বেতক্ষেত্র পূর্ব্ববর্ত্তী রোগের ন্যায় লাল এবং পূর্ব্বরোগের অন্যান্য অন্যান্য লক্ষণাদি, কর্ণিয়ায় ক্ষত হয় না; রোগী অল্পবয়স্ক।	সাধারণ কেরাটাইটিসের তাবৎ চিকিৎসা। রগে ও কর্ণ পশ্চাতে মার্করি ঘটিত ব্লিষ্টার। শারীরিক চিকিৎসা; মার্কুরিয়াল অয়েণ্টমেণ্ট, ডনোভান্স সলিউশন।	ঐ ঐ
১১১	ষ্ট্রুমস	ঐ	সাধারণ কেরাটাইটিস রোগের সমস্ত লক্ষণ। কর্ণিয়ায় ক্ষত। মুখ মণ্ডল ও সার্ভিক্যাল গ্ল্যাণ্ডের স্ফীতি প্রভৃতি ষ্ট্রুমা রোগের অন্যান্য লক্ষণ। রোগী অল্পবয়স্ক। আইরাইটিস, আইরিডো-সিক্লাইটিস ও কেরটাইটিস রোগের অত্যল্প লক্ষণ।	ফ্লিক্টিনিউলার ও সাধারণ কেরাটাইটিসের চিকিৎসা। শারীরিক চিকিৎসা এবং স্থান পরিবর্ত্তন। সলফাইড অব ক্যালসিয়ম পাউডার বা টনিক পিল্স।	আরাম ঐ
১১৫	পংটেটা	ঐ	কর্ণিয়ার পশ্চাৎভাগে বিন্দু বিন্দু অস্বচ্ছতা।	রগে ব্লিষ্টার। শারীরিক চিকিৎসা।	আরাম। অশুভ
১১৬	স্কফুলস	ঐ	অত্যন্ত আলোকভীতি প্রযুক্ত রোগী নতমুখে থাকে বা রুমাল দিয়া চক্ষু বন্ধ রাখে। ফ্লিক্টিনিউলার কনজংক্টিভাইটিস ও কেরাটাইটিসের প্রবল লক্ষণ। কর্ণিয়ায় মধ্যে মধ্যে ফুস্কুড়ি হইয়া সেই সেই স্থান ক্ষত হয়। নাক, কাণ ও মুখে বিজগুড়ি হার্পিজ ও একজিমা রোগ। রোগী অল্পবয়স্ক।	য়্যাট্রোপীন, কোকেন, বোরাসিক; বেলেডোনার সেঁক ও প্রলেপন, সলফাইড অব ক্যালসিয়ম পাউডার বা পিল্স। রগে জোঁক ও ব্লিষ্টার, শারীরিক চিকিৎসা, একজিমা রোগের চিকিৎসা।	আরাম; চক্ষুধ্বংস
১২১	ফেসিকিউলার	ঐ	ফ্লিক্টিনিউলার ও কেরাটাইটিসের লক্ষণের সহিত কর্ণিয়ার একটী সঙ্কীর্ণ রক্তশিরা গুচ্ছ।	ফ্লিক্টিনিউলার কেরাটাইটিসের ন্যায়। ইলেকট্রিক কটারি।	কর্ণিয়া ঘোলা দৃষ্টি ঝাপ্সা।

পৃষ্ঠা	রোগ	লক্ষণ	চিকিৎসা	পরিণাম
১২২	মার্জিন্যাল ঐ	কর্নিয়ার কোন দিকের প্রান্ত অল্প ফুলিয়া লাল হয়, জল পড়ে, আলোকে ভয়।	য়্যাট্রোপীন, কোকেন, ওপিয়ম, এসারীণ, বেলেডোনা, ব্যাণ্ডেজ বন্ধন, বিশ্রাম, শারীরিক চিকিৎসা।	আরাম, ক্ষতরোগ।
১২৩	রিউম্যাটিক ঐ	আইরাইটিসের অপ্রবল লক্ষণ। কর্নিয়া ঘোলা ও তাহাতে ক্ষতাদি।	পর্য্যায়ক্রমে য়্যাট্রোপীন ও এসারীন। শারীরিক চিকিৎসা	আরাম; দৃষ্টিনাশ।
১২৪	সপিউরেটিভ্ ঐ	পুঁজ জন্মিয়া কর্নিয়া পচিতে থাকে। বেদনা, যন্ত্রণা, আলোকে ভয়, জলপড়া, শাদা ক্ষেত্র লাল ও স্ফীত হওয়া, প্রবল ও অপ্রবল ভাবে প্রকাশ।	প্রবলস্থলে—য়্যাট্রোপীন, বেলেডোনা কোকেন এসারীন, সেঁক, রগে জোঁক ও মর্ফিয়ার পিচকারী, আফিঙ্গ ও ডোভার্স পাউডার সেবন, ছিদ্র করিয়া পুঁজ বাহির করা, গ্রে ও বেলেডোনা ও মর্ফিয়া অয়েণ্টমেণ্ট, আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন শারীরিক চিকিৎসা। অপ্রদাহিত-স্থলে—য়্যাট্রোপীন সেঁক, ব্যাণ্ডেজ বন্ধন; রসব্রেক্স অয়েণ্ট, আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন ও শারীরিক চিকিৎসা।	কষ্টসাধ্য দৃষ্টি ও চক্ষু ধ্বংস
১৩২	নিউরো-প্যারালিটিক ঐ	সপিউরেটিভের ন্যায়।	মূল গ্রন্থ দেখ।	চক্ষুধ্বংস।
১৩৩	কর্নিও-আইরাইটিস্	কেরাটাইটিস ও আইরাইটিসের লক্ষণ।	কেরাটাইটিস ও আইরাইটিসের চিকিৎসা।	আরাম; দৃষ্টিনাশ।
১৩৪	কর্নিয়ার ক্ষত	কর্নিয়ার শ্বেত ও পীত ক্ষতচিহ্ন। আলোকে ভয়, জলপড়া, চক্ষুতে বেদনা, করকরানি, কর্নিয়ার চারিদিকের শ্বেতক্ষেত্র গোলাপী বর্ণ।	য়্যাট্রোপীন, কোকেন বোরাসিক, এসারীন বেলেডোনা, ব্যাণ্ডেজ বন্ধন। সেঁক, রগে ব্লিষ্টার। ওপিয়ম ও ক্যালাবার বীন লোশন, শারীরিক চিকিৎসা। বিশ্রাম। উৎপাদক কারণ দূর করা, ইয়েলো অয়েণ্টমেণ্ট, আইডোফর্ম্ম, প্যারাসেণ্টেসিস।	আরাম কৃচ্ছ্রসাধ্য চক্ষু ধ্বংস।

১৪৬	কর্ণিয়ার ফিশ্চুলা	শালী দিয়া অনবরত বিন্দু বিন্দু জল পড়ে। অনার্দ্র করিলেও আর্দ্র হয়।	য়্যাট্রোপীন, ব্যাণ্ডেজ বন্ধন, কষ্টিক্ বা ইলেক্ট্রো-কটারি স্পর্শন, গ্রীসারীণ; আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন।	আরাম; চক্ষুক্ষয়
১৪৭	হার্নিয়া	কর্ণিয়া ঠেলিয়া আইসে।	সচরাচর ঘটে না।	আরাম
১৪৭	লিউকোমা বা কর্ণিয়ার ওপাসিটি	খড়িগোলার ন্যায় কর্ণিয়ায় পাতলা ও ঘন শাদা দাগ ও কোনং স্থলে দৃষ্টির বাধা।	আইওডীন বাইক্লোরাইড্, ট্যানিন, সল্‌ফেট অব সোডা লোশন, ক্যালোমেল ট্যানিন, ইয়েলো অয়েণ্টমেণ্ট প্রক্ষেপ, য়্যাট্রোপীন ও বোরাসিক এসিড লোশন; কর্ণিয়ায় উল্‌কী ও কৃত্রিম তারা, ছুরিকা দিয়া চাঁচিয়া লওয়া প্রভৃতি অস্ত্রসাধন।	আরাম; দুঃসাধ্য
১৫১	ষ্ট্যাফিলোমা	চক্ষুর ঢেলা বাহির হওয়া। দৃষ্টিনাশ।	য়্যাট্রোপীন ও ব্যাণ্ডেজ বন্ধন। আইরিডেক্টমী, ঢেলা ছেদন ও চক্ষু উৎপাটন।	চক্ষু ও দৃষ্টিনাশ
১৫৪	কনিক্যাল কর্ণিয়া	সচরাচর ঘটে না। স্বচ্ছ কর্ণিয়া কিয়দংশে মোচার অগ্রভাগের ন্যায় ঠেলিয়া আইসে।	শারীরিক চিকিৎসা। চসমাধারণ ও অস্ত্রসাধন।	আরাম
১৫৫	হাইড্রপথ্যাল্মিয়া	চক্ষু সম্মুখে একপ ঠেলিয়া আইসে, যে পাতা দিয়া আবৃত হয় না, স্থির চাউনি, দৃষ্টিঃ ব্যাঘাত, তারা অণ্ডাকারে বড় এবং আইরিস কাঁপিতে থাকে।	দুঃসাধ্য রোগ।	দৃষ্টিনাশ
১৫৬	আর্কস সিনাইলিস	কর্ণিয়ার চারি ধার শাদা হয়। রোগী বৃদ্ধ বা বালক।	অনপকারক, চিকিৎসা নিষ্প্রয়োজন।	অনপকারক
১৫৭	পদার্থপ্রবেশন	যন্ত্রণা জলপড়া, করকরানি, আলোক অসহ্য, বিদ্ধস্থানে শাদা দাগ।	পদার্থ বাহির করা, য়্যাট্রোপীন কোকেন, অলিভ অয়েল, গ্লীসারীণ, ক্যাষ্টর অয়েল ও শীতল জলের পটি। ব্যাণ্ডেজ বন্ধন, বোরাসিক এসিড লোশন।	আরাম; দাগ থাকে

পৃষ্ঠা	রোগ	লক্ষণ	চিকিৎসা	পরিণাম
১৫৯	আঘাত	যাতনা, জলপড়া, চক্ষু লাল হওয়া, আলোকে ভয়, করকরানি ও কর্ণিয়ায় ক্ষত হওয়া।	য়্যাট্রোপীন লোশন বেলেডোনা প্রলেপন সেক জলপটি ব্যাণ্ডেজ ও কাষ্টর অয়েল। শারীরিক চিকিৎসা।	আরাম, দাগ থাকে
১৫৯	চিরিয়া যাওয়া	তৎস্থানে শাদা দাগ, যাতনা, বেদনা, লাল হওয়া, জলপড়া ও আলোকে ভয় এবং করকরানি।	য়্যাট্রোপীন এসারীন, জলপটি, ব্যাণ্ডেজ বেলেডোনা ও আফিঙ্গ প্রভৃতি শারীরিক চিকিৎসা।	কষ্টসাধ্য,
১৬১	টিউমার	মূলগ্রন্থ দেখ।	অস্ত্রসাধন।	দৃষ্টি ও জীবননাশ।
১৬১	কুষ্ঠ রোগ	দৃষ্টির ব্যাঘাতাদি।	আর্সিনিক ও বলকর ঔষধাদি। স্থান-পরিবর্ত্তন।	স্থগিত থাকে।
১৬৩	ইপিসক্লেরাইটীস	পশ্চিউলার ও ফ্লিক্টিনিউলার কঞ্জংটিভাইটীস রোগ বলিয়া ভ্রম। পীড়িত স্থান পাংশু রক্তপীত বর্ণ। রোগিণী প্রৌঢ়া।	য়্যাট্রোপীন, কোকেন, কোকেন এসারীন, বেলেডোনা, সেঁক ও ব্যাণ্ডেজ। শারীরিক চিকিৎসা।	আরাম, পুনরাগমন
১৬৫	সিলিয়ারি ষ্ট্যাফিলোমা	ভয়ানক আইরাইটিস ও কোরইডাইটিসের লক্ষণ। চক্ষুর সম্মুখস্থ শ্বেতক্ষেত্র সম্মুখে এত ঠেলিয়া আইসে যে, তন্মধ্য দিয়া কোরইডের কৃষ্ণবর্ণ দেখা যায়।	আইরাইটিস ও কোরইডাইটিসের চিকিৎসা। প্যারাসেন্টেসিস, আইরিডেক্টমী, চক্ষুর সম্মুখাংশ ছেদন। সমস্ত চক্ষু নিষ্কাশন।	রোগস্থগন, দৃষ্টিনাশ।
১৬৭	আঘাত ও দাহ	মূল গ্রন্থ দেখ।	মূল গ্রন্থ দেখ।	আরাম
১৬৮	টিউমার	ঐ	ঐ	ঐ
১৭৪	হাইপারিমিয়া (আইরিসের)	তারা সঙ্কুচিত, বিবর্ণ, বেদনা, দৃষ্টি ঝাপসা।	কোকেন য়্যাট্রোপীন। রগে মিষ্টার।	আরাম
১৭৪	আইরাইটিস	আইরিসের বর্ণব্যত্যয়, তারা সঙ্কুচিত ও সঙ্কোচন-প্রসারণে অক্ষম, অস্পষ্ট দৃষ্টি, কর্ণিয়ার	উগ্র য়্যাট্রোপীন লোশন; য়্যাট্রোপীন কোকেন, ব্যাণ্ডেজ বন্ধন, রঙ্গিন চসমা, রগে	আরাম, চক্ষু ও দৃষ্টিনাশ ২য় চক্ষুতে পীড়া সঞ্চরণ

		চারিদিকে স্ক্লেরটিক ও কঞ্জংটাইভা লাল হয়, চক্ষুতে বেদনা, আলোকভীতি, অশ্রুনিঃসরণ, তাবার প্রান্তে অথবা আইরিসের উপরিভাগে ও অন্তরে২ লিক্ষ নামক শ্বেতবর্ণ রসস্রাবে মাইনেকিয়া, য্যাট্রোপীন প্রয়োগে তাবার অমণ্ডল প্রসারণ, উর্দ্ধ পুটের স্ফীতি।	জোঁক ও ব্লিষ্টার। বেলেডোনা লোশন সেঁক ও অয়েণ্টমেণ্ট। বেদনা নিবারক ও নিদ্রাকারক ঔষধ। শারীরিক চিকিৎসা। আইরিডেক্টমী। শৈত্য ভোগ, চাক্ষুষ কার্য্য, মদ্যপান ও ইন্দ্রিয়-সেবা নিষেধ।	ও পুনঃ২ রোগ।
১৯৪	মাইনেকিয়া	তাবার অবরোধ, দৃষ্টির ব্যাঘাত।	য্যাট্রোপীন আইরিডেক্টমী। কৃত্রিম তাবা	ঐ। দৃষ্টি ও চক্ষুধ্বংস
২০০	মাইড্রিয়েসিস	তাবার প্রসারণ ও দৃষ্টির অস্পষ্টতা।	ক্যালাবার বীন ও এসারীণ। ব্লিষ্টার শারীরিক চিকিৎসা ও ব্যাটারি।	কষ্টসাধ্য
২০২	মাইওসিস	তাবার সঙ্কোচন ও দৃষ্টির ব্যাঘাত।	য্যাট্রোপীন লোশন ও শারীরিক চিকিৎসা।	ঐ
২০২	হিপাস	তাবার পুনঃ পুনঃ সঙ্কোচন-প্রসারণ।	অস্ত্রসাধন ও চসমা ধারণ।	ঐ
২০৩	আইরিডোডোনেসিস	আইরিস কম্পিত হইতে থাকে।	চিকিৎসাভাব। অনুপায়।	দুরারোগ্য
২০৩	টিউমার	টিউমার।	অস্ত্রসাধন।	দৃষ্টিনাশ, জীবনসংশয়
২০৩	আঘাত	আইরাইটিস রোগের লক্ষণ।	আইরাইটিস রোগের চিকিৎসা।	আইরাইটিস
২০৪	পদার্থ প্রবেশ	ঐ	ঐ। পদার্থ বহিষ্করণ।	ঐ
২০৪	কোরিডায়েলাইসিস	সিলিয়ারি প্রান্ত হইতে আইরিসের সংযোগচ্যুতি। অপর একটী কৃত্রিম তাবা।	অস্ত্রসাধন।	অনপকারক
২০৬	আইরিসের প্রোলাপ্স	আইরিস কিয়দংশে বহির্গত হইয়া কর্ণিয়ার বাহিরে আইসে।	বহির্গত অংশ ছেদন য্যাট্রোপীন, এসারীন, বেলেডোনা, সেঁক, ব্যাণ্ডেজ ও কষ্টিক স্পর্শন। অস্ত্রসাধন।	আরাম দৃষ্টিনাশ চক্ষুধ্বংস
২০৫	আইরিডারীমিয়া	সমস্ত আইরিসের অভাব।		
২০৫	কলোবোমা	আইরিসের আংশিক অভাব।		
২০৫	করেক্টোপিয়া	তাবা আইরিসের ঠিক মধ্যস্থানে থাকে না।	নিষ্প্রয়োজন।	অনপকারক
২০৫	পলিকোরিয়া	একাধিক তাবা।		
২০৫	হিটারো-ক্রোমিয়া	একই আইরিসের ভিন্ন২ স্থানে ভিন্ন২ বর্ণ।		

পৃষ্ঠা	রোগ	লক্ষণ	চিকিৎসা	পরিণাম।
২০৩	সিক্লাইটীস	আইরাইটিস রোগের সমস্ত লক্ষণ। চক্ষুতে অত্যন্ত বেদনা ও অঙ্গুলি স্পর্শে যন্ত্রণাবোধ। ইসিক্লাইটিস রোগের ন্যায় রোগাবস্থা।	আইরাইটীস ও কোরইডাইটীসের চিকিৎসা। চক্ষুতে পোল্টিস, শারীরিক চিকিৎসা।	আরাম চক্ষুধ্বংস ২য় চক্ষুতে পীড়া
২১১	আইরিডো-কোরইডাইটিস	আইরাইটিস ও কোরইডাইটিস রোগের লক্ষণ। আইরিস স্থানের চুপ্সিয়া যায়। সাইনেকিয়া তাহার অবরোধ। চক্ষু কঠিন হয় ও রোগের শেষাবস্থায় নরম হইয়া পড়ে। ভিট্রিয়স ও লেন্স অস্বচ্ছ এবং দৃষ্টির ব্যাঘাত।	শারীরিক চিকিৎসা। য্যাট্রোপীন, বেলেডোনা, ব্লিষ্টার। আইরিডেক্টমী।	কষ্টসাধ্য চক্ষু ও দৃষ্টিনাশ
২১৬	সিম্প্যাথেটিক অপ্থ্যাল্মিয়া	বিনষ্ট চক্ষুর নিমিত্ত সুস্থ চক্ষুতে অল্প বা অধিক আইরাইটিস রোগের লক্ষণ।	বিনষ্ট চক্ষু উৎপাটন। বিশ্রাম, রঙ্গিন চসমা, শারীরিক চিকিৎসা।	ঐ
২২৮	হাইপিমিয়া	য্যাণ্টেরিয়ার চেম্বারে রক্তস্রাব।	শীতল জল য্যাট্রোপীন ও ব্যাণ্ডেজ বন্ধন।	শুভ
২৩১	ইপিফোরা	সর্ব্বদা জলপড়া, চক্ষুতে তাপবোধ, চুলকান ও কর কর করা।	য়্যাষ্ট্রিঞ্জেণ্ট লোশন। অস্ত্র চিকিৎসা।	আরাম
২৩১	ল্যাক্রিমাল অবষ্ট্রকশন	ঐ ঐ	ঐ ঐ	ঐ
২৩১	পংটার স্থানান্তরতা	ঐ ঐ	ঐ ঐ	ঐ
২৩৪	ঐ ফেগ্মন ড্যাক্রিওসিষ্টাইটিস	ল্যাক্রিম্যাল স্যাক অর্থাৎ চক্ষুর কোণে নীচের পাতায়, নাসিকাদিকে প্রদাহ ও স্ফোটক।	সাধারণ স্ফোটক চিকিৎসা। কষ্টিক প্রলেপন, শীতল জলের পটি, সেঁক পোল্টিস, অস্ত্র সাধন।	শুভ
২৩৫	রেনোরিয়া, মিউকোসিল	জলপড়া চক্ষুর কোণে নীচের পাতাও নাসিকাদিকে স্ফীত ও আরক্তিম হয়। টিপিলে, পংটম দিয়া ঘোলা জল নির্গত হয়।	ষ্ট্রিকচার চিকিৎসা দেখ।	কষ্টসাধ্য

২৩৬	অশ্রুপথের ষ্ট্রিকচার	অশ্রুপথে প্রোব প্রবেশনে স্থিতিস্থাপক বাধা অনুভব।	ক্যানালিকিউলি বিভেদিত করিয়া প্রোব সঞ্চালন। য্যাষ্ট্রিঞ্জেন্ট লোশন।	উপশম; কষ্টসাধ্য
২৩৭	ঐ ফিশ্চুলা	চক্ষুর নাসিকাদিকের কোণে, স্যাক অথবা অশ্রুপথাদি হইতে বহিশ্চর্ম্মে একটী নালী হয় ও তন্মধ্য দিয়া পূঁজ পড়ে।	পূর্ব্বরোগের চিকিৎসা। নালী চিরিয়া তন্মধ্যে লিণ্ট প্রয়োগ, য্যাষ্ট্রিঞ্জেন্ট লোশনের পিচকারী।	কষ্টসাধ্য
২৩৮	পলিপস	মূলগ্রন্থ দেখ।	মূল গ্রন্থ দেখ।	আরাম
২৩৮	অশ্রুর অল্পতা	চক্ষু নীরস বোধ।	লাইকর পোটাসি লোশন।	সন্দেহজনক
২৩৯	ড্যাক্রিও য্যাডিনাইটিস	পুটস্ফীতি, চক্ষু লাল, কিমোসিস, বেদনা, চক্ষুর বহিঃসরণ, জ্বরবোধ।	প্রদাহ নিবারক ও পূয়কারক ঔষধাদি, শারীরিক চিকিৎসা। অস্ত্রসাধন।	আরাম
২৪৪	পুটস্ফীতি	পাতা ফুলিয়া উঠে। চক্ষুতে কোন রোগ থাকে না।	শারীরিক চিকিৎসা। উষ্ণ কম্প্রেস ব্যাণ্ডেজ। লেড ও আর্নিকা লোশন। কীটদংশনে—হুল তুলিয়া লওয়া। বোরাসিক লোশনের সেক।	শুভ
২৪৬	পুটপ্রদাহ	চক্ষুর পাতায় স্ফোটক ও প্রদাহ।	সাধারণ স্ফোটক ও প্রদাহ চিকিৎসা।	শুভ
২৪৬	ইরিসিপিলাস	পাতা কোমল স্ফীত, গোলাপীবর্ণ ও তদুপরি ক্ষুদ্র২ ফোস্কা। স্ফোটক।	শারিরীক চিকিৎসা। কষ্টিক, কলোডিয়ন প্রলেপন, লডেনমের সেঁক। আইডোফর্ম্ম।	আরাম বিপদ
২৪৭	উপদংশজ ক্ষত	পাতার প্রান্ত হইতে পাতার উপরিভাগে ক্ষতবিস্তার।	শারীরিক চিকিৎসা। কষ্টিক লোশন, স্ফীণ সিট্রন, রেড প্রেসিপিটেড ও বোরাসিক মলম। আইডোফর্ম্ম, কার্বলিক অয়েল। ব্ল্যাক্ ওয়াশ।	আরাম
২৪৮	হার্পিজ জষ্টার ফ্রন্টেলিস	পাতা ফুলে ও লাল হয় ও তদুপরি ক্ষুদ্র২ ফোস্কা, শৈবিক যাতনা, এক চক্ষুতে পীড়া চক্ষু সামান্য লাল হয়।	লেড জিঙ্ক অক্সাইড, ও ওপিয়ম লোশনের পটি, চক্ষুতে য্যাট্রোপীন বোরাসিক বা ওপিয়ম লোশন, কলোডিয়ন প্রলেপন। শারীরিক চিকিৎসা। একোনিসিয়া মলম, একোনাইট-বেলেডোনা লিনিমেণ্ট। মর্ফিয়ার পিচকারী।	শুভ

পৃষ্ঠা	রোগ	লক্ষণ	চিকিৎসা	পরিণাম
২৫০	টার্সাল অপ্থ্যাল্মিয়া	পাতার কিনারা লাল ও প্রদাহিত হয় এবং চুলকাইতে থাকে। তথায় মামড়ি পড়ে, বিক্ষত হয় এবং পাতার চুল খসিয়া পড়ে।	চাঁচিয়া সোডা বা উষ্ণ জলে মামড়ি পরিষ্করণ, কষ্টিক লোশন, সিট্রিন, হাইড্রার্জ করাই, আইডোফর্ম ও ফ্লেভা-হ্যাট্রোপিন মলম। ব্যাষ্টিপ্লেষ্ট লোশন, শারীরিক চিকিৎসা।	কালসাপেক্ষ পুনরাগমন
২৫১	লাইচ	উকুনের মত কৃষ্ণবর্ণ কীটে পাতার চুল আচ্ছন্ন।	সোডা বা উষ্ণ জলে ধৌত করিয়া ষ্ট্যাফিসেগ্রিয়া ও ক্ষীণ সিট্রিণ মলম, কষ্টিক ও বাইক্লোরাইড লোশন।	আরাম
২৫৫	হর্ডিওলম	পাতার কিনারায় ক্ষুদ্র স্ফোটক। আঞ্জনি।	সাধারণ স্ফোটক চিকিৎসা। শারীরিক চিকিৎসা।	শুভ
২৫৭	টিউমার	টিউমার নানাবিধ।	অস্ত্রসাধন।	শুভ
২৫৯	ইপিথিলিয়াল ক্যান্সার	চক্ষুর দুই কোণে ক্ষত। প্রৌঢ় ব্যক্তি।	উগ্র নাইট্রিক এসিড, থার্ম্মো-কটারি।	আরাম
২৬০	লিউপস	চর্ম্মে ক্ষত। বালক রোগী।	চাঁচিয়া কচেজ লিক্ষ।	আরাম
২৬০	একৃজিমা	পাতার উপরে ক্ষুদ্র২ নরম বিজগুড়ি।	শারীরিক চিকিৎসা। বোরাক্স লোশন, অক্সাইড জিঙ্ক লোশন।	শুভ
২৬২	টোসিস	উপরের পাতা ঝুলিয়া পড়িয়া যায়।	শারীরিক চিকিৎসা, ব্যাটারি, অস্ত্রসাধন।	আরাম
২৬৩	ল্যাগপথ্যাল্মস	শয়নের ন্যায় উপরের পাতা অর্দ্ধেক খোলা থাকে। কর্ণিয়া ও কঞ্জংটাইভা পীড়িত।	শারীরিক চিকিৎসা। ব্যাটারি লাগান।	শুভাশুভ
২৬৩	ব্লেফারস্পাজম	পাতা মুদ্রিত থাকে, খুলিতে পারা যায় না। পাতার উপর অর্বিকিউলেরিজ পেশী নাচিতে থাকে।	শারীরিক চিকিৎসা। মর্ফিয়ার পিচকারি, ব্যাটারি। ৫ম স্নায়ু ছেদন। পোকা লাগা দন্ত উৎপাটন।	সন্দেহজনক
২৬৪	নিক্টিটেশন	পুনঃ পুনঃ পলক পড়া।	কারণ দূর করা। শারীরিক চিকিৎসা। চসমা, এরোমেটিক ও ষ্টিমুলেণ্ট লোশন।	আরোগ্য সম্ভব
২৬৫	ট্রাইকিয়েসিস	পাতার চুল কুঁকড়িয়া চক্ষুর ভিতর দিকে যায়। কঞ্জংটাইভা ও কর্ণিয়া কয় হয়।	সমূলে পক্ষ্ম উৎপাটন ও দাহন। চুলের মূলদেশে কষ্টিক প্রবেশন। অস্ত্রসাধন।	কষ্টসাধ্য

২৬৮	এণ্ট্রোপিয়ম	চুল সমেত পাতার কিনারা কুঁকড়িয়া চক্ষুর দিকে বক্র হয়। চক্ষুতে প্রদাহ।	কলোডিয়ন প্রলেপন, প্লাষ্টার লাগান। ট্রাইকিযেসিস রোগের স্থায় অস্ত্রসাধন।	কালসাপেক্ষ
২৬৯	এক্ট্রোপিয়ম	নীচের পাতা বাহিরের দিকে উল্টাইয়া আইসে ও পাতার ভিতর দিক লাল হয় ও ফুলিয়া উঠে।	ব্যাণ্ডেজ বন্ধন কষ্টিক স্পর্শন, কঞ্জংটাইভা কর্ত্তন, হাইড্রার্জ অক্সাইড মলম, অস্ত্রসাধন।	ঐ
২৭১	পাতার আঘাত	পাতার প্রদাহাদি।	লেড ও আর্নিকা লোশন। পোল্টিস। প্লাষ্টার, কার্বলিক অয়েল।	আরাম
২৭৩	ব্ল্যাঙ্কাইলোব্লেফেরন	কিনারায় কিনারায় দুই পাতা যুড়িয়া যায়।	সংযোগ চিরিয়া তথায় কলোডিয়ন লাগান।	আরাম; উপসর্গ
২৭৪	সিম্ব্লিফেরন	চক্ষুতে পাতাতে সংযোগ।	সংযোগ চিরিয়া সেই স্থান তৈলাক্ত করা। য়্যাট্রোপীন। অস্ত্রসাধন।	দুঃসাধ্য
২৭৫	কলোবোমা	গর্ত্তকাটা পাতা।	অস্ত্রসাধন।	আরাম
২৭৮	ক্যাটারাক্ট	ছানি পড়ে অর্থাৎ লেন্স ঘোলা হওয়ায় তাব শাদা হয়। দৃষ্টি নাশ। আলোকান্ধকার জ্ঞান থাকে।	অস্ত্রে লেন্স নিষ্কাশন, প্রদাহ নিবারণ, চসমা ধারণ। চক্ষু উৎপাটন।	আরাম, দৃষ্টিনাশ
৩২৩	লেন্সের ডিসলোকেশন	লেন্সের স্বস্থান ত্যাগ। চক্ষুতে প্রদাহ ও অস্পষ্ট দৃষ্টি।	লেন্স নিষ্কাশন, প্রদাহ নিবারণ, চসমা ধারণ। চক্ষু উৎপাটন।	শুভাশুভ
৩২৭	কোরইডের হাইপারি-মিয়া	দৃষ্টির ব্যাঘাত। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রে দেখ।	শারীরিক চিকিৎসা, চক্ষুতে শীতল জল, রগে ব্লিষ্টার। চসমা ব্যবহার।	আরাম
৩৩০	কোরইডাইটিস ডিসে-মিনেটা	ক্রমশ দৃষ্টির অস্পষ্টতা; আংশিক দৃষ্টিহানি, মক্ষবতা, দৃষ্টি ক্ষেত্রে মাকড়শার জালের মত পদার্থের ভাসমানতা, আইরাইটিস, তারা বড় হয়। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রে দেখ।	শারীরিক চিকিৎসা। রগে ব্লিষ্টার, জ ও রগে হাইড্রার্জ বেলেডোনা মলম; চাক্ষুষ কার্য্যে বিরতি। নীল চসমা। স্বাস্থ্যকর খাদ্যাদি।	প্রায়ই অশুভ
৩৩২	ঐ ডিফিউজা	দৃষ্টিহানি। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রে দেখ। কোরইডে পূঁজ জন্মে।	শারীরিক চিকিৎসা। বিশ্রাম।	

পৃষ্ঠা	রোগ	লক্ষণ	চিকিৎসা	পরিণাম
৩৩১	ঐ সপিউরেটিভ	আইরাইটিস, পিউরিউলেণ্ট কঞ্জংটিভাইটিস ও সপিউরেটিভ কেরাটাইটিসের লক্ষণ। ভয়ানক যন্ত্রণা; স্বল্প জ্বর। দৃষ্টি বিনাশ।	য়্যাট্রোপীন, এসারীণ, বেলেডোনা, সেঁক, ব্লিষ্টার, একোনিসিয়া অয়েণ্টমেণ্ট। মর্ফিয়া। শারীরিক চিকিৎসা। চক্ষু উৎপাটন।	চক্ষুধ্বংস কৃচ্ছ্রসাধ্য
৩৩৬	ঐ সিরোস	দৃষ্টির অস্পষ্টতা, আইরাইটিসের লক্ষণ, লেন্সের স্থানচ্যুতি, অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রে দেখ।	বিশ্রাম। য়্যাট্রোপীন। ব্লিষ্টার, এসারীণ, শারীরিক চিকিৎসা, আইরিডেক্টমী অস্ত্রসাধন।	দৃষ্টিহানি; শুভ
৩৩৭	পোষ্টেরিয়ার ষ্ট্যাফিলোমা	শর্ট সাইট অর্থাৎ দূরে অস্পষ্ট দৃষ্টি, চক্ষু কঠিন, দৃষ্টির অস্পষ্টতা, দৃষ্টি সম্মুখে কৃষ্ণবর্ণ পদার্থ, উজ্জ্বল তারকাবলি অথবা আলোকস্ফুলিঙ্গ দেখা যায়। অক্ষিবীক্ষণে—দেখ।	চাক্ষুষ কার্য্যে বিশ্রাম, রগে ব্লিষ্টার, শারীরিক চিকিৎসা, চক্ষুতে ক্যালাবার বীন বা এসারীণ, প্রদান।	অশুভ
৩৪০	কোরইডের ডিট্যাচ্‌মেণ্ট	দৃষ্টিনাশ। দৃষ্টিক্ষেত্রের কোন দিকে দৃষ্টিনাশ। অক্ষিবীক্ষণ দিয়া দেখ।	নিষ্প্রয়োজন।	দৃষ্টিনাশ
৩৪১	সার্কোমা	চক্ষুতে টিউমার। যৌবন বয়স। দৃষ্টিনাশ।	চক্ষু উৎপাটন।	চক্ষুনাশ
৩৪২	ক্যান্সার	ঐ ঐ। লিম্ফ্যাটিক গ্ল্যাণ্ড পীড়িত হয়।	ঐ	ঐ, জীবনসংশয়।
৩৪৪	হায়েলাইটিস	দৃষ্টি অস্পষ্ট, রেটিনাইটিস ও কোরইডাইটিস দেখ। অক্ষিবীক্ষণে—দেখ।	রেটিনাইটিস ও কোরইডাইটিসের চিকিৎসা দেখ। শারীরিক চিকিৎসা।	কষ্টসাধ্য দৃষ্টির বাধা
৩৪৪	মিউসি-ভলিট্যান্টিস	দৃষ্টিসম্মুখে মক্ষিকার ন্যায় নানাবিধ ক্ষুদ্র২ কৃষ্ণবর্ণ পদার্থ দর্শন। দূরে অস্পষ্ট দৃষ্টি।	শর্ট সাইট চিকিৎসা দেখ। রঙ্গিন চসমা; শারীরিক চিকিৎসা।	অনপকারক
৩৪৬	ভিট্রিয়স ওপ্যাসিটিজ	অস্পষ্ট দৃষ্টি। মিউসি রোগের ন্যায় দৃষ্টিসম্মুখে কৃষ্ণবর্ণ পদার্থ দর্শন। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রে রোগনির্ণয়।	শারীরিক চিকিৎসা। জোঁক।	শুভাশুভ

সিস্কাইসিস ও ফ্লুইডিটি	ভিট্রিয়স তরল হয়। দৃষ্টিনাশ ও দৃষ্টির সামান্য ব্যাঘাত। কখনং তরল ভিট্রিয়সে স্বর্ণরেণুর ন্যায় পদার্থ ভাসমান থাকে, অক্ষিবীক্ষণে তাহা তুবড়ি বাজির স্ফুলিঙ্গ বলিয়া ভ্রম হয়।	নিষ্প্রয়োজন।	দুরারোগ্য
৩৪৮ ভিট্রিয়সে ফরেণ বডি	ভয়ানক প্রদাহ। চক্ষুধ্বংস ও দ্বিতীয় চক্ষুতে প্রদাহ সঞ্চরণ। আলের দ্বারা ছানি তুলিয়া সচরাচর ঘটে।	প্রদাহ ও যন্ত্রণা নিবারণ। উক্ত পদার্থ নিষ্কাশন, চক্ষু উৎপাটন।	সন্দেহজনক চক্ষু ও দৃষ্টিনাশ
৩৪৯ ঐ হিমরেজ	ভিট্রিয়সে রক্তস্রাব। দৃষ্টিনাশ।	শারীরিক চিকিৎসা। শীতল জলের পটি।	শুভাশুভ
৩৫০ গ্লকোমা	বয়স প্রৌঢ়, দুই চক্ষুই কঠিনস্পর্শ, দৃষ্টিক্ষেত্রের হ্রাসত্তা ও দৃষ্টির ক্রমশ অস্পষ্টতা। দীপশিখার চারিদিকে একটী কৃত্রিম আলোকমণ্ডলী দর্শন ও তাহাতে রামধনুর ন্যায় নানা বর্ণ। তারা সবুজ বর্ণ ও বৃহৎ। অক্ষিবীক্ষণে রেটিনার আর্টারির পলসেশন, ডিস্ক, মৃন্ময় মালসার খোলের ন্যায় গহ্বরিত। সিক্লাইটিস রোগের লক্ষণ। দৃষ্টি সম্মুখে কৃত্রিম তারকা দর্শন ও তুবড়ি বাজির ন্যায় আলোকস্ফুলিঙ্গ জ্ঞান। দৃষ্টিনাশ।	এসারীণ লোশন, শারীরিক চিকিৎসা। প্রদাহ নিবারণ, আইরিডেক্টমী ও স্ক্লেরটমী অস্ত্রসাধন।	কষ্টসাধ্য দৃষ্টিনাশ
৩৬৪ রেটিনার হাইপারীমিয়া	চাক্ষুষ কার্য্যে চক্ষুতে ক্লান্তি ও গরম বোধ, আলোকাসহিষ্ণুতা, আলোকস্ফুলিঙ্গ জ্ঞান, অশ্রু নিঃসরণ, অস্পষ্ট দৃষ্টি। অক্ষিবীক্ষণে দেখ।	কারণ দূর করা পর্দ্দা ও চশমা দিয়া চক্ষু আবদ্ধ রাখা, বিশ্রাম, শীতল জল, ব্লিষ্টার, শারীরিক চিকিৎসা, স্থান পরিবর্তন।	শুভাশুভ
৩৬৬ রেটিনাইটিস	উভয় চক্ষুর দৃষ্টি ঝাপসা ও দৃষ্টিনাশ, দৃশ্য পদার্থ ক্ষুদ্র ও বক্র বোধ হয়, তারার সামান্য প্রসারণ, কর্ণিয়ার চারি ধারে শ্বেতক্ষেত্র সামান্য লাল হয়। অক্ষিবীক্ষণে দেখ।	বিশ্রাম, চক্ষুকে আবদ্ধ রাখা, ব্লিষ্টার, শারীরিক চিকিৎসা। চক্ষুতে কোন ঔষধ প্রয়োগ বিফল।	শুভাশুভ

পৃষ্ঠা	রোগ	লক্ষণ	চিকিৎসা	পরিণাম।
৩১০	ঐ ব্যাল্‌বু মিনিউরিকা	প্রস্রাবে য্যালবুমেন থাকে। উভয় চক্ষুর দৃষ্টি ঝাপ্‌সা ও বিনাশ, দূরদ্‌ষ্টিনাশ, দৃষ্টিক্ষেত্র সঙ্কুচিত। অজীর্ণতা, বমনোদ্বেগ, অলসতা ও সর্ব্বদা অসুখবোধ। গর্ভাবস্থা। অক্ষিবীক্ষণে দেখ।	কিড্‌নির পীড়ার চিকিৎসা ও শারীবিক অন্যান্য চিকিৎসা। ভ্রূণহত্যা। পারদ ব্যবহার নিষেধ, চক্ষুতে কোন ঔষধ বিফল।	শুভাশুভ জীবনাশঙ্কা
৩১৩	ঐ সিফিলিটীকা	দৃষ্টির অল্পাল্প অস্পষ্টতা, রোগীর উপদংশ অর্থাৎ গর্ম্মির পীড়ার বিবরণ। দৃশ্য পদার্থ ক্ষুদ্র বোধ, দৃষ্টিনাশ। গতি মৃদু। অক্ষিবীক্ষণে দেখ।	শারীরিক চিকিৎসা। চাক্ষুষ কার্য্যাদি নিষেধ। চক্ষুতে কোন ঔষধ বিফল। পুনরাগমন করে।	শুভাশুভ
৩১৪	ঐ য়্যাপোপ্লেক্টিকা	একটী অথবা তুইটী চক্ষুতে অল্পাল্প করিয়া হঠাৎ দৃষ্টিনাশ। মস্তকে বেদনা ও মস্তক ঘুরিতে থাকে। নাসিকা হইতে রক্ত পড়ে। দৃষ্টি সম্মুখে কৃষ্ণবর্ণ পদার্থ ভ্রমণ। অক্ষিবীক্ষণে দেখ।	শারীরিক চিকিৎসা, শীতল জল, জোঁক। চাক্ষুষ কার্য্যাদি নিষেধ।	প্রায়ই অশুভ
	পিগ্‌ মেন্টোসা	জন্ম হইতেই উভয় চক্ষুতে অল্পাল্প ঝাপসা দেখা, জন্মজাত অন্যান্য দোষ, তারা সঙ্কুচিত, অস্পষ্ট আলোকে গমনাগমনে অক্ষমতা, রাত কাণা, ক্ষুদ্রং অক্ষর পাঠে ক্ষমতা। প্রৌঢ়াবস্থায় অন্ধ। পার্শ্বদৃষ্টিনাশ।	চক্ষুর বিশ্রাম, রঙ্গিন চসম; চিকিৎসা বৃথা।	অশুভ, স্থগিত থাকে
৩১৮	রেটিনার ডিট্যাচ্‌মেণ্ট।	অগ্নিস্ফুলিঙ্গ ও মিউসি রোগের ন্যায় কৃষ্ণবর্ণ পদার্থ দর্শন। কোনং দিকে দৃষ্টিনাশ, দৃশ্য পদার্থের অংশমাত্র দর্শন। দৃশ্য পদার্থ	চিকিৎসা বিফল।	অশুভ; স্বয়ংশুভ

	কম্পিত, অবনত বা ছিন্নভিন্ন বোধ। চক্ষু কঠিন ও নরম। অক্ষিবীক্ষণে দেখ।		
৩৭৯ এম্বোলিজ	এক বা উভয় চক্ষু সহসা অন্ধ। অক্ষিবীক্ষণে দেখ।	বৃথা।	অশুভ
৩৮০ হাইপারিস্থেসিয়া	সূর্য্য গ্রহণ, বিদ্যুৎ ও গৃহদাহের আলোক দর্শনে চক্ষুতে আলোকাধিক্য জ্ঞান। আলোক ভীতি, অশ্রুনিঃসরণ, পলক পড়া, বেদনা দৃষ্টি সম্মুখে রঞ্জিত মণ্ডল ও দৃষ্টির সামান্য অস্পষ্টতা। অক্ষিবীক্ষণ ব্যবহার নিষেধ।	বিশ্রাম, শারীরিক চিকিৎসা, রঙ্গিন চসমা, শীতল জল। বলকারক ঔষধ।	শুভ
৩৮১ রেটিনার য়্যাট্রোফি	চক্ষু অন্ধ হয়। অক্ষিবীক্ষণে দেখ।	বৃথা।	অশুভ
৩৮১ গ্লায়োমা	ভেক ছত্রের ন্যায় চক্ষুতে টিউমার। দৃষ্টি ও চক্ষু নাশ। রোগী বালক। জন্মজাত।	চক্ষু উৎপাটন।	জীবনসংশয়
৩৮৫ অপ্টিক নিউরাইটীস	শীঘ্র উভয় চক্ষুর ক্রমশ অধিক দৃষ্টিনাশ, অন্ধতা, মস্তকে যাতনা, আলোক অসহ্য, তারা প্রসারিত ও অক্ষম, বর্ণজ্ঞানাভাব। অগ্নিস্ফুলিঙ্গ জ্ঞান। অক্ষিবীক্ষণে দেখ।	শারীরিক চিকিৎসা।	শুভাশুভ
৩৮৯ নার্ভের য়্যাট্রোফি	অন্ধতা, বর্ণজ্ঞানাভাব, আলোকান্ধকারজ্ঞানাভাব, দৃষ্টি সম্মুখে অগ্নিস্ফুলিঙ্গ জ্ঞান। অক্ষিবীক্ষণে দেখ।	শারীরিক চিকিৎসা।	কষ্টসাধ্য; অশুভ
৩৯১ কৈশিক শিরায় রক্তাধিক্য	চক্ষুতে ভার ও ক্লান্তিবোধ, দৃষ্টি সম্মুখে অগ্নিস্ফুলিঙ্গ ও বিদ্যুতাদি দর্শন ক্ষুদ্র২ দ্রব্য দর্শন করা যায় না, অন্ধতা।	কারণ দূর করা, বিশ্রাম।	শুভাশুভ
৩৯২ নার্ভের য়্যাপোপ্লেক্সি	নার্ভ হইতে রক্তস্রাব। অন্ধতা।	বৃথা। শারীরিক চিকিৎসা।	সন্দেহজনক

পৃষ্ঠা	রোগ	লক্ষণ	চিকিৎসা	পরিণাম
৩১৪	রাত কাণা	রাত্রিকালে ও অস্পষ্ট আলোকে দৃষ্টিনাশ। দিবাভাগে দৃষ্টির ব্যাঘাত হয় না। অক্ষিবীক্ষণে রোগনির্ণয় হয় না।	শারীরিক চিকিৎসা। লেবু ও পাঁটার মেটলে ভক্ষণ। দিবা ভাগে চক্ষু আবদ্ধ রাখা ও চসমা।	শুভ
৩১৪	দিবান্ধতা	রাত্তকাণার বিপরীত।	কারণ দেখিয়া চিকিৎসা। এট্রোপীন প্রয়োগ।	শুভাশুভ
৩১৫	বরফজনিত অন্ধতা	ক্ষণিক দৃষ্টিনাশ।	এসারীণ, ওপিয়ম, বরফ জলের পটি প্রয়োগ। বিশ্রাম।	শুভ
৩১৬	বর্ণান্ধতা	দৃশ্য পদার্থের বর্ণজ্ঞান হয় না।	বৃথা।	অশুভ
৩১৬	তাড়িতান্ধতা	দৃষ্টিনাশ।	শারীরিক চিকিৎসা, নীল চসমা।	শুভাশুভ
৩১৭	হেমিওপিয়া	এক চক্ষুর দক্ষিণ ও অপরটীর বামদিগের দৃষ্টিনাশ। এক চক্ষুর এক দিকের মাত্র দৃষ্টি নাশ।	শারীরিক চিকিৎসা।	ঐ
৩১৮	স্কটোমা	দৃষ্টি সম্মুখে কৃষ্ণবর্ণ দাগ পাঠাদি সময়ে প্রত্যেক পংক্তিতে দৃষ্টির অনুসরণ করে। দূরে কিঞ্চিৎ ঝাপ্সা দর্শন। অক্ষিবীক্ষণে দেখ।	শারীরিক চিকিৎসা, চক্ষুতে ঔষধ বিফল।	সন্দেহজনক
৩১৯	য়্যামোরোসিস	অন্ধতা, পাগলের ন্যায় উদ্ভ্রান্ত নেত্র। আলোকান্ধকার প্রভেদ জ্ঞান থাকে বা থাকে না।	শারীরিক চিকিৎসা।	শুভাশুভ।
৩১৯	য়্যাম্বিওপিয়া	ক্রমশঃ দৃষ্টিহানি।	শারীরিক চিকিৎসা।	
৪০৬	অন্ধপ্রতারণা	মূলগ্রন্থে দেখ।	মূলগ্রন্থে দেখ।	
৪১০	শর্ট-সাইট	নিকটে আদৌ দৃষ্টির ব্যাঘাত হয় না। দূরে অস্পষ্ট দৃষ্টি। অক্ষিবীক্ষণে দেখ।	কন্‌কেভ চসমা, বিশ্রাম, এসারীণ লোশন।	সাপেক্ষ শুভ

৪১৫	হাইপার্মিট্রোপিয়া	নিকটে ও দূরে অস্পষ্ট দর্শন। কনভেক্স চসমায় দৃষ্টির উন্নতি। অক্ষিবীক্ষণে দেখ।	কনভেক্স চসমা ব্যবহার।	ঐ
৪১৬	প্রেসবাইওপিয়া	৪০ বৎসর বয়সের পরে নিকট দর্শনে অস্পষ্টতা। দূরদর্শন সুস্থবৎ। অক্ষিবীক্ষণে দেখ।	ঐ	ঐ
৪১৮	য়্যাষ্টিগম্যাটিজম	দৃষ্টির অস্পষ্টতা. য়্যাস্থিনোপিয়া রোগের লক্ষণ. একই দৃশ্য পদার্থের বহুবিধ আকৃতি দর্শন।	সেলিণ্ড্রিক্যাল ও ষ্টেনোপেক চসমা।	সন্দেহজনক
৪১৯	এনিসোমিট্রোপিয়া	মাইওপিয়া ও হাইপার্মিট্রোর লক্ষণ।	বৃথা।	প্রায়ই অশুভ
৪১৯	য়্যাফেকিয়া	হাইপার্মিট্রোপিয়ার লক্ষণ, অস্পষ্ট দর্শন। ছানি তুলিলে এই দোষ হয়।	শুক কনভেক্স (মতিয়া বিন্দ) চসমা।	সাপেক্ষ শুভ
৪২০	য়্যাস্থিনোপিয়া	চাক্ষুষ কার্য্যে ক্লান্তি; পঠন সময়ে অক্ষরাদি অস্পষ্ট, পরস্পর জড়িত ও কখন কখন অদৃশ্য হয়. চক্ষু ও চক্ষুর পার্শ্ব টনটন করে। বিশ্রামে চক্ষু সুস্থবৎ থাকে।	বিশ্রাম, চসমা, শারীরিক বলকর চিকিৎসা।	ঐ আরাম
৪২১	দর্শনোপযোগিতার প্যারালাইসিস	কোন জীবনসঙ্কট পীড়ার পরে নিকটে বা নিকটে ও দূরে দৃষ্টির অল্পতা। তাবা বৃহত্তর বা ক্ষুদ্রতর।	য়্যাট্রোপীন বা এসারীণ প্রয়োগ ও চসমা ধারণ। ষ্ট্রিষ্টার, শারীরিক চিকিৎসা, ষ্ট্রীকনিয়ার পিচকারি।	ঐ ঐ
৪২৩	ডিপ্লোপিয়া	দৃশ্য পদার্থ পাশাপাশি দুইটী বলিয়া ভ্রম।	প্রিজম চসমা।	শুভাশুভ
৪২৪	পেশীর প্যারালাইসিস	টেরা দৃষ্টি, দ্বিদর্শন।	শারীরিক চিকিৎসা, ব্লিষ্টার, ব্যাটারি, প্রিজম চসমা, টিনোটমী অস্ত্রসাধান।	ঐ
৪২৭	ষ্ট্রাবিসমস	চক্ষু টেরা, অস্পষ্ট দৃষ্টি : দ্বিদর্শন।	চসমা ব্যবহার. টিনোটমী অস্ত্রসাধন।	ঐ
৪৩০	নিষ্ট্যাগমস	অক্ষিগোলকের এক পার্শ্ব হইতে অপরপার্শ্বে ঘূর্ণন।	বৃথা, ছানিতুলা, চসমা।	ঐ

পৃষ্ঠা	রোগ	লক্ষণ	চিকিৎসা	পরিণাম
৪৩১	সেলুলাইটীস	চক্ষুর পাতা গরম, লাল ও স্ফীত। চক্ষু ও তদ্দিকে ভয়ানক যাতনা। চক্ষু লাল হয় ও সম্মুখে ঠেলিয়া আইসে। শরীরে জ্বরবোধ, নিদ্রাবাহিত্য ও দুঃস্বপ্ন। দৃষ্টিনাশ। চক্ষুতে স্ফোটক ও চক্ষুধ্বংস, রোগী অল্পবয়স্ক।	সাধারণ স্ফোটক চিকিৎসা, শারীরিক চিকিৎসা।	শুভাশুভ
৪৩৩	পেরিয়ষ্টাইটীস	সেলুলাইটিস রোগের সমস্ত লক্ষণ। চক্ষুর কোন নির্দ্দিষ্ট স্থানে যন্ত্রণার আধিক্য।	ঐ ঐ	আরাম } জীবনসংশয় }
৪৩৪	কেরিজ, নিক্রোসিস, ফিশ্চুলা	ঐ ঐ। চক্ষুর পাতায় স্ফোটকের মুখ দিয়া রস পড়ে ও নালী ঘা হয়। নালী দিয়া প্রোব চালাইলে গলিত অস্থি অনুভূত হয়।	ঐ ঐ। লাইকর ভিলেট।	কষ্টসাধ্য জীবনসংশয়
৪৩৫	টীনোনাইটিস	চক্ষু ও চক্ষুর পাতা যৎসামান্য লাল ও স্ফীত হয় চক্ষু কিঞ্চিৎ ঠেলিয়া আইসে এবং চক্ষুতে কিঞ্চিৎ বেদনা।	প্রদাহ নিবারক ঔষধাদি।	শুভ
৪৩৬	এক্সপথাল্মিক গয়েটার	চক্ষু নাসিকা দিকে অত্যন্ত ঠেলিয়া আইসে, টিনোনাইটিসের লক্ষণ। হৃৎকম্পন দ্রুত নাড়ী, উদ্গার, বমন, অজীর্ণতা, কর্ণিয়ায় ক্ষত।	শারীরিক চিকিৎসা। ব্যাণ্ডেজ, লিভেটার প্যাল্পিব্রি ছেদন।	শুভাশুভ
৪৩৭	কোটরে টিউমার	চক্ষু মাংসাকারে বহিঃসৃত, দ্বিদৃষ্টি, দৃষ্টিনাশ, কর্ণিয়ায় ক্ষতাদি।	টিউমার নিষ্কাশন, চক্ষুউৎপাটন।	চক্ষু ও দৃষ্টিনাশ } জীবনসংশয় }
৪৩৯	য়্যানিউরিজম	সেলুলাইটিসের লক্ষণ, টিউমারে নাড়ীর গতি। দৃষ্টি বিনাশ।	লিগেচরে ক্যারোটিড আর্টারি বন্ধন।	সন্দেহজনক
৪৪০	রক্তোৎপ্রবেশ	আঘাতে কোটরে রক্ত জমে। দৃষ্টির ব্যাঘাত। চক্ষুর বহিঃসরণ। চক্ষু ও পাতা লাল হয়।	প্রদাহ নিবারণ। রক্ত বহিঃস্রাব, বেজেলিন।	শুভ

৪৪০ ইম্ফিসিমা	অক্ষিকোটরে ও পাতায় বায়ু প্রবেশ। চক্ষুর বহিঃসবণ।	ব্যাণ্ডেজ বন্ধন।	
৪৪১ থ্রম্বোসিস	চক্ষুর বহিঃসরণ, চতুর্দ্দিকে বেদনা, অসাড়তা।	বৃথা	জীবনাশঙ্কা
৪৪১ অক্ষিকোটরে চাপ	চক্ষু বহিঃসৃত, দ্বিদৃষ্টি, দৃষ্টিব ব্যাঘাত, ভ্রূদেশে অনুক্ষণ যাতনা। ল্যাক্রিমাল ফিশ্চুলা বলিয়া ভ্রম।	প্রদাহ ও যাতনা নিবাবণ। ফ্রণ্টাল সাইনস, গহ্বর ও নাসাবক্স, "চিবিয়া একত্র করিয়া দেওয়া।	কষ্টসাধ্য
৪৪২ আঘাতাদি	প্রদাহ ও দৃষ্টিব ব্যাঘাত।	প্রদাহাদি নিবারণ ও চক্ষু উৎপাটন।	চক্ষু ও জীবনসংশয় আরাম

INDEX.

Abrasions of cornea ... 159
Abscess of cornea ... 124
eyelids ... 246
lachrymal Sac ... 234
orbit ... 431
Abscission ... 153
Accommodation 14, 409
errors of ... 408
spasm of ... 421
Accommodative asthenopia ... 417
Achromatopsia ... 396
Acne cilliaris ... 253
Acute glaucoma ... 353
Aërial image ... 30
Albinism ... 206
Albuminuric retinitis ... 370
Amaurosis ... 399
simulated ... 406
Amblyopia ... 399
Ametropia ... 409
Amyloid of conjunctiva ... 89
Anaesthesia in aphthalmic Surgery 450
of retina ... 402
Aneurisms of orbit ... 439
Angiomata ... 258
Anomalies of refraction ... 408
Anatomy of the eye ... 1
eyelids ... 242
choroid ... 326
cilliary body ... 172
conjunctiva ... 40
cornea ... 103
iris ... 169
lachrymal apparatus ... 229
lymphatic system ... 173
lens ... 276
ocular muscles ... 4
optic nerve ... 384
retina ... 362
sclerotic ... 162
tunica Vasculosa ... 326
vitreous humour ... 343
Anisometropia ... 419
Anchyloblepharon ... 273
Anomalies, congenital ... 205
Anterior chamber ... 3
diseases of ... 228
hæmorrhage into ... 228

Anterior chamber, paracentesis of 143
staphyloma ... 151
synechia ... 151
Apparent myopia ... 422
strabismus ... 428
Aphakia ... 419
Apoplexy of retina ... 374
Aqueous humour ... 155
Aquo-capsulitis ... 179
Arcus seniles ... 155
Argyll Robertson's pupil 202, 26
Arlt's operation for entropion ... 266
enucleation ... 153
Arterial pulsation in glaucoma ... 353
Artificial eyes ... 153
leach, Heurteloup's ... 19
maturation ... 28
pupil 199, 225
Asymmetry of cornea ... 41
Asthenopia ... 42
Astigmatism ... 418
Atrophy of choroid ... 329
optic nerve ... 389
disc ... 389
retina ... 38
Atropine 189, 191, 45
poisoning ... 18
counter-indicated in
glaucoma ... 35
granular lids ... 7
irritation ... 9

Bandages ... 47
Basedow's disease ... 43
Binocular vision 408, 36
Black eye 443, 9
Blennorrhœa ... 235
Blepharitis ... 25
Blepharoplasty ... 271
Blepharospasm ... 262
Blindness, colour ... 396
day ... 394
lightning ... 396
night ... 394
snow ... 395
Blind spot 17, 364
Blinking ... 264
Blood in aqueous ... 228

Blo PAGE

Blood in vitreous ... 349
Bone on the choroid ... 341
Buller's shield ... 79
Buphthalmos ... 156
Burns 160, 97, 272

Calcareous concretions
in canaliculus ... 234
Choroid ... 341
film of Cornea .. 150
Canal of Petit ... 277
Schlemm ... 163
Canaliculi, Stricture of ... 236
division of ... 234
obstruction of ... 234
Cancer, rodent ... 259
Canthoplasty ... 141
Canthotomy ... 141
Capsular opacities ... 320
Carbuncle, eyelid ... 247
Carcinoma of lachrymal gland ... 240
Caries of orbit ... 434
Casualties after cataract extraction 306
Cataract ... 276
operations for ... 287
couching ... 295
depression ... 295
discission ... 297
flap operation ... 293
linear (Graefe's) ... 299
Macnamara's ... 308
needling ... 297
Pagenstecher's ... 308
preliminary iridectomy ... 290
selection of ... 292
solution ... 297
suction ... 299
traction ... 297
after treatment of ... 309
Cataract, black ... 320
capsular ... 321
capsulo-lenticular ... 321
central ... 280
congenital ... 279
cortical ... 280
diabetic 279, 320, 287
fluid ... 321
General ... 282
hard ... 282
infantile ... 279
lamellar ... 281
mixed ... 282
morgagnian (over-ripe) ... 320
neuclear ... 280

Cil PAGE

Cataract, posterior, polar ... 281
primary ... 283
pyramidal ... 281
secondary 323, 283
senile ... 279
soft ... 282
striated ... 280
traumatic ... 321
zonular ... 281
Catarrh, spring ... 89
Catarrhal ophthalmia ... 44
Catoptic test ... 286
Cavernous sinus, thrombosis of, ... 441
Cavernous tumours of orbit ... 437
Cellulitis of orbit ... 431
Cerebral hemianæsthesia ... 397
Chalazion ... 257
Chancre of eyelid ... 259
Chemosis ... 98
Cholesterine in vitreous ... 348
Choroid, diseases of ... 326
cancer ... 342
detachment ... 340
hæmorrhage from ... 340
hyperæmia of ... 327
tubercle of ... 340
ophthalmoscopic appearance 38
rupture of ... 341
sarcoma of ... 341
want of epithelium ... 340
Choroidal ring ... 35
Choroiditis ... 328
anterior ... 332
central ... 332
diffuse ... 332
disseminated ... 330
exudative ... 328
guttate ... 321
hæmorrhagic ... 340
irido— ... 213
myopic ... 332
plastic ... 328
peripheral ... 332
retino— ... 367
serous ... 336
suppurative ... 333
syphilitica ... 332
Chrom-hydrosis ... 254
Ciliary arteries ... 173
Ciliary body ... 172
diseases of ... 169
sarcoma of ... 341
muscle ... 173
paralysis of ... 421

Cil PAGE

Ciliary nerves ... 173
region, wounds of 167, 216
Cocaine (cucain) ... 450
Colloid degeneration of choroid ... 341
Coloboma, choroid ... 341
eyelid ... 275
iris ... 205
lens ... 278
retina ... 341
Concomitant squint ... 428
Condylomata of iris ... 203
Congenital deffects of the tunica
vasculosa ... 205
opaque nerve-fibers ... 393
pigmentation of retina ... 393
ptosis ... 261
Congestion of iris ... 174
Conical cornea ... 154
Conjunctiva, diseases of ... 40
atrophy of ... 94
cuticular ... 88
cysts of ... 101
ecchymosis of ... 97
emphysema of ... 99
foreign body on ... 94
hypertrophy of ... 93
injuries of ... 94
relaxation of ... 94
lupus of ... 97
laceration of ... 97
pemphigus of ... 89
polypi ... 100
Sarcoma ... 101
tumours of ... 100
xerosis of ... 88
warts ... 101
Conjunctivitis ... 41
catarrhal ... 44
croupous ... 63
chronic ... 48
diphtheritic ... 63
exanthematus ... 86
follicular ... 67
gonorrhœal ... 59
granular ... 67
infantile ... 61
lachrymal ... 89
membranous ... 63
medicinal ... 93
muco-purulent ... 44
papillary ... 67
phlyctenular ... 83
purulent ... 49
pustular ... 81

Dis PAGE

Conjunctivitis, pseudo-membranous 63
tubercular ... 80
variolar ... 87
vesicular ... 87
Contusions 97, 158, 167, 203, 277
Convergent strabismus ... 427
Convulsive tic ... 258
Corectopia ... 205
Coredialysis ... 204
Corelysis ... 200
Cornea, diseases of ... 103
abscess of ... 124
abrasions of ... 159
burns of ... 160
epithelioma ... 135
fistula ... 146
hernia of ... 147
herpes of ... 116
leprous tubers ... 161
opacities of ... 147
paracentesis of ... 143
peritomy ... 106
staphyloma of ... 151
tattooing ... 157
tumours ... 161
ulcers ... 135
wounds ... 159
Corneitis (see keratitis) ... 107
Corneo-iritis ... 133
Crab lice on eyelids ... 253
Cyclitis ... 206
Cycloplegia ... 421
Cysticercus in aqueous ... 228
vitreous ... 349
Cysts of orbit ... 437
dermoid ... 100
meibomian ... 257
retinal ... 383
Dacryo-adenitis ... 239
Dacryo-cystitis ... 234
Dacryops ... 240
Daltonism ... 396
Daturin ... 453
Descemetitis ... 179
Descemet's membrane ... 103
Detachment of retina ... 378
Dilatation of pupil ... 200
Dieffenback's operation ... 271
Dioptre ... 418
Diplopia, crossed ... 423
direct ... 422
homonymous ... 423
Direct method ... 32
Disc, optic ... 35

Dis

	Page
Disc, optic, atrophy of	... 389
white	... 389
cupping of	35, 390
hyperæmia of	... 384
Dislocation of eyeball	... 442
lens	... 323
Distension of frontal sinus	... 441
Distichiasis	... 265
Divergent strabismus	... 427
Duboisin	... 454
Ecchymosis	... 97
Ectropion	... 269
Eczema of eyelids	... 260
Electro-magnet	... 157
Electricity in paralysis	... 427
Embolism of retinal artery	... 379
Emmetropia	... 408
Emphysema, of orbit	... 440
conjunctiva	... 99
Entozoa, iris	... 228
vitreous	... 349
Entropion	... 268
operations for	... 269
Ephidrosis	... 254
Epicanthus	... 260
Epiphora	... 237
Episcleritis	... 163
Epithelioma, cornea	... 161
eyelids	... 247
Epithelial cancer	... 259
Errors of refraction	... 408
Erysipelas, eyelids	... 246
Etyology	... 17
Eserine	... 455
Evisceration	... 153
Examination of the eye	... 22
ophthalmoscopic	... 28
Exclusion of pupil	... 186
Excision of eye	... 444
Exophthalmos	... 431
Exophthalmic goitre	... 436
Exostoses of orbit	... 431
Eyeball, rupture of	... 167
dislocation of	... 442
Exterpation of	... 444
sarcoma of	... 437
tension of	... 38
in glaucoma	... 351
Eye-diseases in relation to general diseases	... 17
Eye-lashes, eversion of	... 269
inversion of	... 265
removal of	... 266

Hæm

	Page
Eyelids, diseases of	... 242
spasms of	... 263
union of	... 273
Feigned blindness	... 406
Fibroma of orbit	... 437
Field of vision	... 367
Filaria in aqueous	... 228
Fistula of Cornea	... 146
lachrymal gland	... 240
sac	... 237
orbit	... 434
Fluidity of vitreous	... 348
Focal illumination	... 33
Foreign bodies, in aqueous	... 228
conjunctiva	... 94
cornea	... 157
iris	... 204
orbit	... 443
vitreous	... 348
Formulary	... 446
Fovea centralis	... 363
Fracture of walls of orbit	... 443
Frontal sinus, distension of	... 441
Functional disorders of sight	... 394
Fundus of healthy eye, appearance of	... 34
Galvano-cautery	... 141
Gland, lachrymal, diseases of	... 239
excision of	... 241
Glaucoma	... 350
acute	... 353
consecutive	... 357
chronic	... 356
fulminans	355, 359
hæmorragic	... 359
inflammatory	... 353
intermittent	... 353
primary	... 350
secondary	... 357
simplex	... 357
subacute	... 356
Glioma of retina	... 381
Goitre, exophthalmic,	... 436
Graefe's operation for Cataract	... 299
Grafting	... 271
Granular lids	... 67
Grave's disease	... 436
Gumma in eyelid	... 258
iris	... 203
Gunshot wounds of orbit	... 443
Hæmorrhages, anterior chamber	... 228
of optic nerve	... 392

Hæm	Page
Hæmorrhages, of retina	... 374
into vitreous	... 349
Hemeralopia	... 394
Hemianopsia	... 397
Hemianopia	... 397
Hemiopia	... 397
Hernia of cornea	... 147
Herpes of conjunctiva	... 83
cornea	... 116
eyelids	... 248
ophthalmicus	... 248
zoster frontalis	... 248
Heterophthalmos	... 206
Heterochromia	... 206
Heurteloup's artificial leech	... *192*
Hippus	... 202
Homatropine	... 454
Hordeolum	... 255
Hyalitis	... 344
Hydatids, in iris	... 203
orbit	... 437
Hydrophthalmia	... 156
Hyperæmia of conjunctiva	... 41
choroid	... 327
iris	... 194
optic papilla	... 384
retina	... 364
Hyperaesthesia of retina	... 380
Hyphæma	... 228
Hypermetropia	... 415
Hypopyon	... 125
Ice-blindness	... 395
Injuries of Choroid	... 341
conjunctiva	... 94
cornea	... 157
crystalline lens	... 321
eyebrow and eyelid	... 271
iris	... 203
orbit	... 442
vitreous	... 349
Inoculation for pannus	... 78
Intra-ocular muscles	4, 16
Iodoform in purulent ophthalmia	... 54
Iridectomy	... 222
Irideremia	... 205
Irido-choroiditis	... 213
-cyclitis	... 206
Iridodesis	... 222
Irido-dialysis	... 222
Irido-donesis	... 203
Iridoplegia (paralysis of iris)	... 200
Iridotomy	... 222

Ker	Page
Iris, in accommodation	... 14
absence of	... 205
coloboma of	... 205
cystecercus of	... 203
cysts of	... 203
detachment of	... 204
diseases of	... 169
foreign body in	... 203
functional diseases of	... 200
granuloma	... 203
hyperæmia of	... 174
injuries of	... 203
leprous affections of	... 203
prolaps of	... 204
staphyloma of	... *151*
tremulous	... 203
tubercle of	... 202
tumours of	... 203
wounds of	... 203
Iritis (Iriditis)	... 174
chronic	... 183
gonorrhœal	... 182
gonorrhœ-rheumatic	... 178
gouty	... 184
granulosa	... 184
idiopathic	... 184
parenchymatous	... 180
plastic	... 177
primary	... 184
quiet	... 183
recurrent	... 182
rheumatic	... 182
secondary	... 185
serous	... 179
simplex	... 183
spongia	... 182
suppurative	... 180
sympathetic	... 185
symptoms common to all forms of	... 175
syphilitic	... 181
traumatic	... 183
tubercular	... 183
Iritomy	... 222
Irrigation	... 303
Ischæmia of retina	... 366
Jequirity	456, 79
Keratitis	... 107
diffuse	109, 124
fascecular	... 121
infiltration	... 107
interstitial	... 109

Ker — Page

Keratitis, iritis in ... 109
herpetic ... 116
marginal ... 122
neuro-paralytic ... 132
parenchymatous ... 109
phlyctenular ... 116
punctata 179, 115
rheumatic ... 123
suppurative ... 124
ulcerative ... 124
scrofulous ... 116
strumous ... 111
vascular ... 121
syphilitic ... 109
Kerato-globus ... 156
Kerato-malacia ... 135
Keratonyxis (needling) ... 297
Keratoscopy (Shadow test) ... 409

Lachrymal apparatus ... 5
diseases of ... 229
examination of 23, 25, 229
canaliculus, stricture of ... 236
cysts ... 240
cancer ... 240
passages, obstruction of ... 231
gland, hypertorphy of ... 239
exterpation of ... 241
inflammation of ... 239
tumours ... 240
sac, abscess of ... 234
fistula of ... 237
inflammation ... 234
mucocele of ... 235
obliteration of ... 231
polypus of ... 238
Lacrimation ... 231
Lagophthalmos ... 263
Lamina vitrea ... 326
Lamina cribrosa 384, 35
Lateral illumination ... 33
Lens, coloboma ... 278
diseases of ... 276
dislocation ... 323
histology ... 276
in acommodation ... 276
opacity of ... 278
suspensory ligament of ... 277
Lenses, table for presbyopia ... 418
Lenticonus ... 278
Leprous affections ... 161
tubers ... 161
Levator palpebræ 242, 4
Leucoma 127, 184

Opa — Page

Lice on eye-lashes ... 253
Ligamentum pectinatum ... 163
Lime, injuries from ... 96
Lippitudo ... 251
Long sight ... 416
Lupus ... 260
Lymphatics of eye ... 173

Macula lutea ... 362
Madarosis ... 251
Malingering ... 406
Megalopsia ... 398
Meibomian glands ... 243
cyst ... 257
Meningocele ... 437
Membranous ophthalmia ... 63
Mercurial teeth ... 109
Metamorphopsia ... 398
Micro-coccus ... 51
Micropsia ... 398
Microphthalmos ... 415
Military ophthalmia ... 67
Milium ... 259
Molluscum contagiosum ... 258
Mucocele ... 235
Muscæ volitantes ... 344
Mydriasis ... 200
Myopia ... 410
senilis ... 418
Myopic crescent ... 412
Myosis ... 202

Nævus ... 257
Nasal duct, stricture of ... 236
Nebulæ of Cornea ... 148
Necrosis of orbit ... 434
Nephritic retinitis ... 370
Neuritis ... 385
Neuro-retinitis ... 370
Nictitation ... 264
Night blindness ... 394
Nyctalopia ... 394
Nystagmus ... 430

Œdema, conjunctiva ... 98
eyelid ... 244
optic papilla ... 392
retina ... 364
Onyx ... 125
Opacity of Cornea ... 147
lens ... 278
vitreous ... 346
Opaque nerve-fibers 381, 393

Ope	Page
Operations	
corelysis	... 199
passavant's	... 199
streatfeilds	... 200
pagenstecher's	... 262
for ptosis	... 262
for trichiasis	... 266
Arlt's method	... 266
Argyll Robertson's	... 267
for entropion	... 269
for ectropion	... 270
skin grafting	... 271
tarsorrhaphy	... 271
blepharoplasty	... 271
for symblepharon	... 274
exterpation of lachrymal gland	... 241
division of canaliculus	... 232
for pterygium	... 91
peritomy	... 106
syndectomy	... 106
paracentesis of anterior chamber	... 143
sæmisch's for corneal ulcer	129, 143
tattooing cornea	... 151
transplantation of cornea	... 151
abscission	... 153
evisceration	... 153
for fistula of cornea	... 46
enucleation	... 444
for conical cornea (Trephine)	155
iridectomy	... 222
for glaucoma	... 361
for posterior synechia	... 199
optical	... 151
preliminary	... 290
iridodesis	... 222
iridodialysis	... 222
iridotomy	... 222
for cataract (See Cataract)	
sclerotomy	... 360
for strabismus (Tenotomy)	... 429
Ophthalmia (see conjunctivitis)	... 41
Egyptian	... 67
military	... 67
neonatorum	... 61
sympathetic	... 216
Ophthalmitis	... 333
Ophthalmoscope	... 27
appearance of healthy eye by	34
Optic disc	... 35
nerve	... 384
papilla	... 35

Ret	Page
Optic neuritis	... 385
Ora serrata	37, 9
Orbit, diseases of	... 431
Orbito-palpebral fold	... 244
Oscillations of globe	... 430
Palpebral fissure, elongation of	... 269
Pannus	... 104
Panophthalmitis	... 333
Papillitis	... 385
Papillomata	... 258
Paracentesis of Cornea	... 143
Paralysis of acommodation	... 421
ciliary muscle	... 421
ocular muscles	... 424
iris	... 200
levator palpebræ	... 261
nerves of the eye	... 424
orbicularis	... 263
Pediculi	... 253
Pemphigus	89, 98
Peremetre	... 367
Periostitis	... 433
Peritomy	... 106
Photopsia	... 398
Physiological cup	... 35
Pilocarpine	... 455
Pinguecula	... 92
Polycoria	... 205
Polyopia uniocularis	... 285
Presbyopia	... 416
table for glasses	... 418
Projection	... 285
Proptosis	... 431
Pseudo glioma	... 349
Pterygium	... 90
Ptosis	... 261
Punctum, displacement of	... 231
Pupil, occlusion of	187, 199
pathological variations in the size of	... 171
Argyll Robertson's	... 272
Reclination	... 295
Reflection	... 408
Reflex asthenopia	... 421
Refraction	... 408
Regular astigmatism	... 419
Retina, diseases of	... 382
appearance of vessels of	... 37
functional diseases of	... 394
pigmentary degeneration of	376
tumours of	... 381

Ret — PAGE

Retinitis — 366
  albuminurica — 370
    pregnancy — 371
  apoplectica — 374
  diabetic — 366
  hæmorrhagica — 374
  leucocythæmic — 374
  pigmentosa — 376
  syphilitica — 373
Retinal apoplexy — 374
Retino choroiditis — 366
Retinoscopy — 409
Ring scotoma — 329
Rodent ulcer — 259
Rods and cones — 362
Rupture of cornea — 167
  ciliary region — 209

Salmon patch — 110
Sanson's images — 286
Sarcoma, cornea — 161
  choroid — 341
  lost eyes — 342
  lachrymal gland — 240
Scalds of eye — 160
Scleral ring — 35
Scleritis — 163
Sclero-choroiditis anterior — 165
  posterior — 337
Sclerotic, diseases of — 162
  rupture of — 167
  ring — 35
  tumours of — 168
  wounds of — 167
Sclerotitis — 163
Sclero-iritis (Scrofulous keratitis) — 116
Sclero-keratitis (Scrofulous) — 116
Sclerosis of optic nerves — 389
Sclerotomy — 360
Scotoma — 397
Sebaceous cysts — 257
Second sight — 417
Sen ophthalmicus — 248
Serpiginous ulcer — 136
Shades — 473
Shadow test — 409
Shield for protecting eye in Purulent ophthalmia 58, 79
Short sight — 410
Simulated blindness — 406
Skin grafting — 271
Sloughing of cornea — 125
Snow blindness — 395
Sparkling synchysis 348

Tum — PAGE

Spasm of accommodation — 421
Spectacles for aphakia — 420
  astigmatism — 419
  hypermetropia — 416
  myopia — 415
  presbyopia — 417
  strabismus — 429
Spongy exudation in iritis — 182
Spring catarrh — 89
Squint (See Strabismus) — 427
Staphyloma of cornea — 151
  sclerotic, anterior — 151
    posterior 337
  ciliary — 151
Stillicidium lachrymarum — 231
Strabismus — 427
Stye — 255
Suspensory ligament — 277
Sycosis tarsi — 250
Symblepharon — 274
Sympathetic cyclitis — 217
  irritation — 216
  ophthalmia — 216
Synchysis — 348
  scintillans — 348
Syndectomy — 78
Synechia anterior — 127
  posterior — 186
Syphilitic iritis — 181
  choroiditis — 331
  keratitis — 109
  retinitis — 373
  ulcer of lid — 247

Tarsal cartilages — 243
  ophthalmia — 250
  tumours — 257
Tarsitis syphilitic — 258
Table for presbyopia — 418
Tattooing cornea — 157
Tenotomy — 429
Tension of eyeball 38, 351
Tinea tarsi — 250
Thrombosis, cavernous sinus — 441
Turbidity of aqueous — 228
Trachoma — 67
Tremulous iris — 203
Transplantation of cornea — 151
Trephining cornea — 153
Trichiasis — 265
Tubercle 183, 380
Tumours 100, 161, 203, 240, 257, 341, 349, 381, 437
Tylosis 250

Ulc	Page
Ulcer, of eyelids, tertiary syphilitic	247
epithelial	— 259
lupus	— 260
rodent	— 259
syphilitic	— 247
Ulcer of cornea, chronic vascular	— 135
deep	— 135
creeping	— 135
crescentic	— 135
chiselled	— 135
indolent	— 135
nebulous	— 136
sloughing	124, 135
serpiginous	— 136
superficial	— 134
transparent	— 135
Unguis	— 125
Uveal tract, anatomy of	— 169
Uveitis	— 213
Vascular cornea	— 104
Venæ vorticosæ	— 326
Venous nævus of orbit	— 437

Zon	Page
Visual field	— 367
Vitiligo	— 255
Vitreous humour, diseases of	—*343
Warts, conjunctiva	— 101
eyelids	— 2[illegible]
Wounds of choroid	— [illegible]40
ciliary region	— 209
conjunctiva	— 94
cornea	— 1[illegible]7
eyelid	— 273
orbit	— 442
sclerotic	— 167
Xanthelasma palpebrarum	— 255
Xerophthalmia	— 88
Xerosis	— 89
Yellow spot	362, 34
Zona	— 243
Zone, dangerous	— 217
Zonule of zin	— 277
Zonular cataract	— 281

Printed by P. C Shaha, VICTORIA PRINTING WORKS,
203/2, Cornwallis Street, Calcutta.

OPINIONS OF THE PRESS &c.

THE book is thoroughly practical, candid, and unbiassed and does equal credit to the author's professional skill and literary ability. To the Bengali practitioners, the book must prove of great service, as a rich mine of resource in the departments of treatment and therapeutics.

(Sd.) J. M. COATES, M.D.

MY DEAR SIR,

I have much pleasure to testify to the worth of your book on Diseases of the Eye. You have spared no pains to make it a complete text book, and I have no doubt, that it will be of the greatest use to those who cannot study English authors on the subject The very great advantage in your book is, that it is a compilation from all the best English works; and I believe, that if it were translated into English, it could well become a text book for English class students. The language used by you is simple and easy, your descriptions are concise and accurate and the table of prescriptions and synopsis of symptoms and treatment at the end of the book must be of very great value to students and practitioners. I congratulate you on the way in which you have accomplished the work, and I sincerely hope that your labours command the success which they so well deserve.

Your's very truly,

(Sd.) DOYAL CHUNDER SHOME, M B.,

Professor, Campbell Medical School; Late House Surgeon, Eye Infirmary Calcutta Medical College Hospital, &c.

This is one of the most admirable little medical book that has yet been published in the Bengali language.

The author was in the Calcutta Ophthalmic Hospital for nearly ten years and as such writes with an authority that very few can lay claim on.

It is a thoroughly practical book and I can therefore strongly recommend it to the students and practitioners as a perfectly reliable and safe book to follow and benefit the suffering humanity with.

In conclusion I congratulate the author for giving such practical shape to his long experience and thus proving useful to posterity.

(Sd.) U. K. DUTT, L.R C P L., &c.

I have much pleasure in reading your book so kindly presented to me. It seems to me to be superior to many on the subject, though they have names of renowned assistant surgeons for their authors, in as much as it is a compilation and not a translation from some favourite English text book. The language is clear, lucid and simple and the descriptions of diseases and their treatment are faithful, exhaustive and in places elaborate. Indeed it is the best text book on the subject out of press now being complete, yet small and concise: and I would heartly recommend it to students even of the English class (as containing many useful information on the subject) if they have no hatred for Bengali works.

In it you have spared no pains to work it up to recent standard of knowledge on the subject, so as to make it a correct guide to students, and useful help to practitioners in general: and I have no doubt but that erelong it would fulfil your best wishes by the public thoroughly appreciating your ascribe and rewarding your labour.

With all success,
Yours

(Sd.) KHERODE KUMAR DATTA, M.B.,

House Surgeon, Ophc. Hospital, Calcutta.

সমালোচন।

চক্ষু চিকিৎসা। চক্ষু চিকিৎসক শ্রীকৃষ্ণহরি ভট্টাচার্য্য প্রণীত।

মূল্য ৪৲ টাকা।

এ গ্রন্থখানি ম্যাকনামারা, লসন্ প্রভৃতি চক্ষু-চিকিৎসা সম্বন্ধীয় ইংরাজী গ্রন্থ সকল অবলম্বন করিয়া বঙ্গভাষায় লিখিত হইয়াছে। তাহার উপর ফ্র্যাব্রার সণ্ডরস্, কেলী প্রভৃতি সুপ্রসিদ্ধ চক্ষু-চিকিৎসকগণ কলিকাতা চক্ষু-হাস-পাতালে যে প্রণালীতে চিকিৎসা করিয়া থাকেন, সেই প্রণালীও ইহাতে দেখান হইয়াছে। সুতরাং ইহা বঙ্গীয় চিকিৎসকদিগের পক্ষে বিশেষ উপকারী হইবে, সন্দেহ নাই। বিশেষ, যাঁহারা ইংরাজী পুস্তকাদির সাহায্য লইতে অক্ষম, অথচ ডাক্তারি করিয়া থাকেন, তাঁহারা এই গ্রন্থখানি পড়িলে বেশ চক্ষু চিকিৎসা করিতে পারিবেন, ভরসা করি। ইহাতে প্রথমে চক্ষুর আকৃতি-জ্ঞান, ও শরীরতত্ত্ব বিশদরূপে অথচ সংক্ষেপে বুঝাইয়া, পরে চক্ষু সম্বন্ধীয় সমস্ত রোগ, তাহাদের কারণ, লক্ষণ, পরিণাম ও চিকিৎসা অতি সুন্দররূপে বর্ণিত হইয়াছে। পরে, অনেকগুলি "ব্যবস্থাবলী" (Prescriptions) বিস্তারিত করিয়া দেওয়া হইয়াছে। পরিশিষ্টে, সাধারণ চক্ষুরোগের লক্ষণ, চিকিৎসা ও পরিণাম সমেত একটী সংক্ষিপ্ত তালিকা আছে। ভাষা, বেশ সরল, স্পষ্ট ও আড়ম্বরহীন। ইহাকে আমরা বঙ্গভাষায় বিজ্ঞান-গ্রন্থের মধ্যে বিশেষ উচ্চ স্থানীয় মনে করি। বঙ্গভাষায় চক্ষু-চিকিৎসার এত উৎকৃষ্ট গ্রন্থ আমরা দেখি নাই। আমরা আশা করি যে, চিকিৎসকগণ, বিশেষ যাঁহারা চক্ষু-চিকিৎসা জানেন না, অথচ ডাক্তারির খাতিরে চক্ষু-রোগের চিকিৎসা করিতেও ছাড়েন না, তাঁহারা প্রত্যেকেই যেন এই গ্রন্থখানি পড়েন। তাহা হইলে, তাঁহাদের হাতয বাড়িবে, আর লোকেরও রোগ সারিবে।

এদিকে আবার গ্রন্থখানি বেশ বড়—৪০০ পৃষ্ঠার অধিক। ছাপা পরিষ্কার, ও বাঁধাই খুব উত্তম। হঠাৎ দেখিলে, বিলাতী বই বলিয়া ভ্রম হয়। বাঙ্গালা ভাষায় এরূপ সুন্দর আকারের গ্রন্থ অতি বিরল।—বঙ্গবাসী, আষাঢ়, ১২৯১।